

特定疾病認定申請書 記入例

全国硝子業健康保険組合 業務1課給付係 03-3634-3482

健康保険 特定疾病 認定申請書

常務理事 事務長 部長 課長 係長 担当者

- ◇ マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)には、特定疾病療養受療証は発行されません。
当組合の事務処理が完了しましたら、マイナ保険証による受診時に特定疾病の情報が反映されます。
- ◇ 資格確認書をお持ちの方には、特定疾病療養受療証を発行いたしますので、医療機関等の窓口にて提示してください。

1 申請年月日 令和 年 月 日

被保険者情報	2 被保険者等 記号・番号	記号 123 番号 567	事業所名称	△△ガラス株式会社
	3 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日	平成 3 年 5 月 1 日
	住 所	〒 123 - 4567 東京都〇〇区×× 1-2-3 □□マンション457	電話番号 (日中の連絡先)	080 (1234) 5678
認定対象者	4 認定証を 使用される方	氏名 健保 太郎 続柄 本人	提出委任	☒ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
	5 疾病名 該当する番号を ご記入ください	2 1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅳ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅲ因子障害 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)	生年月日	平成 3 年 5 月 1 日

希望送付先	6 希望送付先へ○ をつけてください (注)	被保険者住所	事業所住所	その他
	送付先が被保険者住所以外の場合にご記入ください	〒 ー	電話番号 (日中の連絡先)	()
	あて名		被保険者 との関係	

注:医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

○ 下欄に医師の証明を受けてください。

7 医師証明欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。	令和 年 月 日
	所在地	
	医療機関名	
	医師氏名	TEL ()

◎ 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

受付日付印

※健保組合記入欄
証発行 あり・なし

全国硝子業 健康保険組合

(令74)

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 1 申請書を提出する日付をご記入ください。
- 2 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（保険証）」に記載されています。
- 3 家族（被扶養者）の方の交付申請であっても、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
- 4 療養を受ける方（特定疾病療養受療証を使用される方）の氏名などをご記入ください。
- 5 該当する1～3の番号をご記入ください。
- 6 希望送付先が入院している医療機関等の場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認ください。
その際には、医療機関名・病棟・病室番号等を必ずご記入ください。
- 7 この欄に医師の証明を受けてください。

- * 訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。
- * 消せるボールペンは使用しないでください。 * 年号は、和暦・西暦のどちらでもかまいません。

特定疾病にかかる自己負担限度額

特定疾病にかかる自己負担限度額は1万円です。
ただし、人工腎臓を実施している慢性腎不全の方のうち、70歳未満の上位所得者（標準報酬月額53万円以上の方）とその70歳未満の被扶養者は、自己負担限度額が2万円となります。

受療証の発行

マイナ保険証を利用されている方には受療証は発行されません。この申請の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に特定疾病の情報が反映されます。（資格確認書をお持ちの方には受療証を発行します。）

発行期日

特定疾病の特例は、保険者の認定を受けることにより該当し、発効期日から有効となります。
※ 発効期日は申請月の1日（健康保険加入月の場合は資格取得日）となります。