

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。

対象特定疾病

- ① 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ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。)

注意事項

特定疾病の高額療養費の特例は、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初日（健康保険加入月の場合は資格取得日）となります。

記入例

- ① 記号・番号は、保険証等に記載されています。
- ② 送付希望先
入院され自宅で受療証の受け取りができない場合などにご記入ください。
不備等により書類をお返しする場合もこの送付先に送付します。

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者の	記号 1 2 3	番号 3 0	生年月日 昭和 平成 6 1 年 1 0 月 2 2 日
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		
	住所	〒524-0104 滋賀県守山市木浜町 2298-1		
	電話番号	日中の 連絡先	TEL 077 - 585 - 4838	携帯 勤務先 自宅
上記住所と別のところに 〒 - 宛先 送付を希望する場合				

認定対象者欄	療養を受ける方	被保険者 被扶養者	氏名 健保 花子	生年月日 昭和 平成 令和 61年12月10日
	疾病名 該当する 番号を記入	2 1.血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ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。)		

医師の意見欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。	
	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 6 年 10 月 7 日
	医療機関の所在地	滋賀県守山市001-1
	医療機関の名称	〇〇総合病院
	医師の氏名	保険 五郎
電話	TEL 077 - ΔΔΔ - ΔΔΔΔ	

被保険者の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

--	--	--

受付日付印

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。令和 年 月 日

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R6.12)

組合使用欄	伺	報酬月額	千円
	資格取得	昭和 平成 令和 年 月 日	発効日 令和 年 月 日
	扶養認定	昭和 平成 令和 年 月 日	区分 一般・上位所得