



健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 記入の手引き

特定疾病にかかる自己負担の軽減措置を受けるときにご記入ください。

申請書は1枚です。
漏れなく正確にご記入ください。

添付書類をご用意ください。

申請書の医師の意見欄に証明を受けられない場合：
特定疾病に関する意見書もしくは
特定疾病にかかったことを
証明する書類（診断書等）を添付してください。

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

血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第 因子障害又は先天性血液凝固第 因子障害
人工腎臓を実施している慢性腎不全
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。

ご提出・お問合せ先

次ページに記入例があります。➡



〒107-0062東京都港区南青山2-19-1シティヤマザキビル2F
TEL 03-5411-2010 FAX 03-5411-2079

ユニマツ健保

検索

記入例

特定疾病療養受療証 交付申請書

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)

① 被保険者の氏名・住所・生年月日・性別・電話番号を記入してください。

被保険者の氏名(姓・名)	姓 氏 名	生年月日	年 月 日
青山 太郎	1970-0062	61	1024

② 希望送付先の住所・電話番号を記入してください。

希望送付先の住所	希望送付先の電話番号
〒102-0000 東京都千代田区△△1-1-1	TEL 03-0000-0000

③ 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

被保険者の記号番号	マイナンバー
東京都品川区0001-1-1	1234

備考欄へ記載してください。

マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。本人確認をするための添付書類は通知カードのコピーや、個人番号が記載された住民票の写し等の添付が必要となります。

記入漏れや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

①

記号・番号は被保険者証に記載されています。



②

希望送付先

入院され自宅で認定証の受取りが出来ない場合などにご記入ください。

③

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。本人確認をするための添付書類は通知カードのコピーや、個人番号が記載された住民票の写し等の添付が必要となります。