特定疾病療養受療証の手続きについて

１．認定対象者

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、
または先天性血液凝固第 IX 因子障害（いわゆる血友病）の方
②人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全の方
③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群の方
（HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に限られます。）

２．特定疾病療養受領証について

・１ヶ月の自己負担限度額が１万円（ただし、前掲②のうち 70 歳未満については、被保険者の標準報酬月額が 53 万円以上の方は２万円となります。）
・当健保組合で申請書を受付した月の１日より有効な受領証を発行します。

３．申請方法

「特定疾病療養受療証交付申請書」に必要事項を記入の上、「医師の意見欄」に医師の証明をいただき申請してください。後日、当健保組合より「健康保険特定疾病療養受療証」を交付いたしますので、その受療証を医療機関の窓口に提示して下さい。
健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

４．書類提出先
送付先は下記をご確認ください。
https://kenpo.jp.fujitsu.com/contact_02.html
富士通健康保険組合 HP ＞ ホーム ＞ 書類の提出先（ページ最下段右）

富士通健保　送付先　検索

以　　上

2021.9.7

記　入　例　網掛け部分は必ずご記入下さい。（押印は不要）

健康保険
特定疾病療養受療証交付申請書

健保組合	常務理事		事務局長		課長		担当者	

被保険者が記入する欄

被保険者記号	1000	番号	1234567	氏名	富士通　太郎	生年月日	昭和・平成・令和　52　年　4　月　5　日
認定対象者の氏名	富士通　太郎	認定対象者の生年月日	昭和・平成・令和　52　年　4　月　5　日	続柄	本人		
認定対象者の住所	川崎市中原区下小田中４－１－２						
疾病名	(1.) 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害または先天性血液凝固第IX因子障害 2．人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全 3．その他（　　）						

上記のとおり申請します。
令和　1　年　5　月　1　日

被保険者の
住　所　川崎市中原区下小田中４－１－２
氏　名　富士通　太郎

事業所名	富士通㈱	所　属	○×事業部	電話番号	内線または外線番号記入

医師の意見欄

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

医療機関の　名　称

医師の証明欄です

医　師　名

【健保記入欄】

標準報酬月額	０００円		1万円・2万円
適用開始年月日	年　月　日		

健　保　記　入　欄　で　す

【事業所記入欄】

担当者名	年　月　日受付		

事　業　所　記　入　欄　で　す

健康保険
特定疾病療養受療証交付申請書

健保組合	常務理事		事務局長		課長		担当者	

被保険者が記入する欄	被保険者記号		番号		氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
	認定対象者の氏名			認定対象者の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			続柄		
	認定対象者の住所									
	疾病名	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 または先天性血液凝固第IX因子障害 2．人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全 3．その他（ ）								
	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者の 住所 氏名									
	事業所名		所属		電話番号					

医師の意見欄	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 医療機関の 名称 所在地 医師名

【健保記入欄】

標準報酬月額	，０００円	限度額	１万円・２万円
適用開始年月日	年 月 日		

【事業所記入欄】

担当者名	年 月 日受付	備考欄	