

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

- (1) 富士通（株）および、社会保険関連書類の提出窓口が「人事・総務サービスセンター」になっている会社にお勤めの方

人事・総務サービスセンター 社会保険担当 宛

社内メール) 新川崎三井ビル W棟 25F

住 所) 〒212-0058 神奈川県川崎市幸区鹿島田 1-1-2

新川崎三井ビルディング W棟 25F

- (2) 上記以外の会社にお勤めの方 各社人事勤労担当部門 宛

以 上

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 住 所 川崎市中原区下小田中4-1-2 被保険者の 氏 名 富士通 太郎													
事業所名	富士通(株)			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												
	名 称 医療機関の 医師の証明欄です 医 師 名												

【健保記入欄】

標準報酬月額	0.00円	健保記入欄です	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	事業所記入欄です
------	-----------------

