

4-12

人工透析を受けるとき（特定疾病について）

『特定疾病療養受療証交付申請書』

(1) 特定疾病(高額長期疾病)に関する特例

- 療養に要する期間が著しく長く、かつ一定の高額な治療を継続して行う必要のある疾病(血友病・人工透析が必要な慢性腎不全・後天性免疫不全症候群)について療養が行われていれば、この療養に係る自己負担限度額については、10,000 円を超える部分を高額療養費として現物給付化して支給します。すなわち、この場合患者の自己負担限度額は 10,000 円となります。ただし、人工透析が必要な慢性腎不全で、上位所得者(標準報酬月額 53 万円以上)についての自己負担限度額は 20,000 円です。

(2) 申請書類

- 『特定疾病療養受療証交付申請書』

(3) 申請・記入上のポイント

- 血友病・人工透析が必要な慢性腎不全・後天性免疫不全症候群(HIV を含み厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)の患者のみ申請できます。
- 医師の証明が必要です。

(4) 受診方法

- 医療機関の窓口に被保険者証・身体障害者手帳・医療券(医療受給者証)と「受療証」を提示して受診してください。
- ※身体障害者手帳・医療券については市区町村・福祉事務所に問い合わせ、申請してください。

(5) 資格を喪失したとき

- 特定疾病の患者または被保険者が資格を喪失したとき、『特定疾病療養受療証』を回収してください。

4. 給付関係

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 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名	〇〇 〇〇	被保険者証の	記号 0000	
	及び生年月日	昭・平 〇 年 〇 月 〇 日	記号及び番号	番号 00000	
	認定対象者の氏名	〇〇 〇〇	認定対象者の生年月日	昭・平 〇 年 〇 月 〇 日 令	被保険者との続柄 妻
	認定対象者の住所	東京都〇〇区〇〇〇1-2-3 TEL 0000 (00) 0000			
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群 (HIVを含み厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)			
透析開始日	平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日				
医師の意見欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>令和 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p>医療機関の名称 〇〇〇〇病院 所在地 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 医師名 〇〇 〇〇〇</p>				

上記のとおり申請します。
令和 〇 年 〇 月 〇 日

医師の記入
が必要

提出日

住所 東京都〇〇区〇〇〇1-2-3
被保険者氏名 〇〇 〇〇

西武健康保険組合理事長 殿

常務理事
事務長
取扱者

K19-202108