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。

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	被保険者等記号・番号	記号: 100		番号: 12345	
	被保険者氏名	西武　太郎	被保険者生年月日	昭 (平) 令 10 年 1 月 2 日	
	認定対象者の氏　名	西武　太郎	認定対象者生年月日	昭 (平) 令 10 年 1 月 2 日	
	認定対象者の住　所	○○県○○市○○町0－00－0 TEL　（　）		本人との続柄	本人
	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	令和　7　年　3　月　25　日			
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 7 年 3 年 1 日 医療機関の　名称　○○○○病院 所在地　○○県○○市○○町00－0 医　師　名　○○　○○○				

上記の通り申請します。

令和　7　年　3　月　5　日

被保険者　住所　○○県○○市○○町0－00－0

氏名　西武　太郎

健保受付年月日

西武健康保険組合理事長　殿

常務理事
事務長
取扱者

押印欄	事業所	印　印　印	所属	印　印　印

K19-202504