

特定疾病療養受療証の申請について

厚生労働大臣が指定する下記の疾病(特定疾病)に該当する方には、申請により「**特定疾病療養受療証**」を交付します。

医療機関の窓口で資格確認書または保険証等と併せて「**特定疾病療養受療証**」を提示することにより、該当疾病の窓口負担額が自己負担限度額までとなります。

なお、マイナ保険証を利用すれば、特定疾病療養受療証の提示は不要となります。

【対象となる疾病】

- ・人工透析を行う必要のある慢性腎不全
- ・血友病
- ・後天性免疫不全症候群(厚生労働大臣の定めるものに限る)

【自己負担限度額】

(月額)

該当疾病	所得区分	自己負担限度額
血友病		10,000円
後天性免疫不全症候群		10,000円
人工透析を行う必要のある慢性腎不全	70歳未満の一般所得者/70歳以上	10,000円
	70歳未満の上位所得者	20,000円

上記疾病「人工透析を行う必要のある慢性腎不全」に該当の70歳未満の方のうち、上位所得者の方は自己負担限度額が2万円となります。

上位所得者とは、基礎控除後の総所得が600万円を超える世帯のことで、高額療養費における所得区分が「ア」または「イ」の世帯の方です。

所得区分については、マイナンバーを利用した情報連携により照会し、判定します。

【組合へご提出いただく書類】

特定疾病認定申請書

※申請書の「医師の意見欄」への記入による医師の証明が必要です。

【受療証の有効期限】

毎年7月31日まで

【受療証の更新について】

更新の受療証は毎年7月末までに組合員の自宅に郵送します。手続きの必要はありません。

但しマイナ保険証をお持ちの方にはお送りいたしませんので、必要な方は組合までご連絡ください。

返送用宛名ラベル ↓点線を切り取ってお使いください

〒540-0019
大阪府中央区和泉町1丁目3番8号
大阪府薬剤師会 西館2階
近畿薬剤師国民健康保険組合 行

国民健康保険 特定疾病認定申請書

申請者記入欄	被保険者 記号番号	薬国	-	-																							
	認定対象者の 氏名・生年月日・ 個人番号	氏名																									
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日																								
個人番号 (マイナンバー)																											
医師の 意見欄	疾病名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病） <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）																									
	診療開始日	平成・令和 年 月 日																									
	上記の疾病によ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 名称 所在地 医師名 ⑩																										
<p>上記のとおり特定疾病の認定を申請いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p>(組合員) 氏名(自署) _____ 電話番号 () _____</p> <p>申請者の個人番号(マイナンバー) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 150px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table></p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様</p>																											

※(事務処理欄)

受付印	保険種別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 前期高齢者	交付年月日	令和 年 月 日				
	発効期日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日				
	自己負担 限度額	<input type="checkbox"/> 1万円 <input type="checkbox"/> 2万円	決 裁	理事	室長	班長	主担当	副担当
				令和 年 月 日決定				