

特定疾病療養受療証（**長**）の申請について

国民健康保険に加入している方が下記の病気で特定疾病の認定を受けると、毎月の自己負担額は、1つの医療機関（※1）につき1万円または2万円（※2）が限度額となり、これを超えた医療費は国民健康保険が負担します。

※1 入院と外来がある場合はそれぞれに自己負担額がかかります。

※2 下記①人工透析が必要な慢性腎不全の方で、70歳未満の上位所得世帯（旧ただし書き所得が600万円を超える世帯）の方の場合2万円が限度額となります。それ以外の方は1万円が限度額となります。

- ① 人工透析が必要な慢性腎不全
- ② 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（いわゆる血友病）
- ③ 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（※3）に限る）

※3 厚生労働大臣の定める者とは、血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症に関する治療を受けている者をいいます。

1. 認定申請に必要なもの

（1）国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書（申請受付時に発行します）

（2）医師の診断書もしくは意見書

（以前加入していた健康保険の特定疾病療養受療証でも可）

（3）世帯主及び認定対象者のマイナンバーカード

※マイナンバーカードをお持ちでない場合は以下の書類が必要になります。

- ・世帯主のマイナンバーがわかるもの
- ・世帯主の本人確認書類

2. 申請場所

台東区役所 国民健康保険課 給付係（2階⑭番窓口）

《問合せ》

台東区役所 国民健康保険課 給付係

電話：03-5246-1253（直通）

特定疾病に係る意見書

療養を受けている者

氏 名

生年月日 年 月 日

住 所

傷病名

1. 人工透析治療が必要な慢性腎不全
2. 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（いわゆる血友病）
3. 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）

上記の疾病で療養を受けていることに相違ありません。

年 月 日

医療機関名

所 在 地

医 師 氏 名

印

電 話 ()

※傷病名は該当するものの番号を○印で囲んで下さい。

※3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群について、厚生労働大臣の定める者とは、血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症に関する治療を受けている者をいいます。