

『健康保険特定疾病療養受療証』の発行について

◆申請できる人

以下の治療を受けることになった方

- ・人工腎臓透析を実施している慢性腎不全
- ・抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
(HIV感染を含み、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症に関する治療を受けている者に限る)
- ・血友病
(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)

◆医療機関での自己負担額

特定疾病療養受療証を医療機関で提示することにより、認定疾病の治療を受ける際、医療機関での1ヵ月の自己負担限度額が下記ようになります

認定疾病名	所得区分	自己負担額
・対象者が70歳未満の慢性腎不全	被保険者標準報酬月額 53万円以上	2万円
	上記以外の方	1万円
・対象者が70歳以上の慢性腎不全		1万円
・抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全 ・血友病		1万円

◆申請方法

『健康保険特定疾病療養受療証交付申請書』に必要事項を記入の上、同申請書に医師の証明をもらい、下記書類提出先へ送付してください。

※交付する証は申請書を受付した月の1日より有効です

◆ご注意

次に該当される方は速やかに『特定疾病療養受療証』をご返納ください。

- ・証の交付を受けた被保険者が、ソニー健保の資格を失ったとき
- ・証の交付を受けた被扶養者が、被扶養者でなくなったとき
- ・証に記載された認定条件に該当しなくなったとき

◆書類提出・問い合わせ先

〒108-0075 東京都港区港南 1-7-1 ソニーシティ 11階
ソニー健康保険組合 給付担当宛(TEL:050-3807-5059)

常務理事	事務長	係	係

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

記入日： 令和 年 月 日

1. 被保険者(在職社員または退職者本人)記入欄

◆申請者確認欄 (チェック必須)		<input type="checkbox"/> 申請内容については、申請者(被保険者)が作成、確認いたしました。	
① 被保険者証 記号・番号	記号 番号 -	② 被保険者 氏名	(フリガナ)
③ 被保険者証 住所	〒 -		
④ 連絡先電話	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯	TEL: - -	(平日の日中に連絡可能な番号)
	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯	TEL: - -	(平日の日中に連絡可能な番号)
	メールアドレス	(常時確認可能なアドレス)	

2. 受療証が必要な方の情報

⑤ 認定対象者 氏名	(フリガナ)	⑥ 被保険者 との続柄	⑦ 生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日
⑧ 疾病名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓透析を実施している慢性腎不全 <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 <input type="checkbox"/> 血友病				

⑨ 同意書	私はソニー健康保険組合に特定疾病療養受療証の発行を依頼しておりますが、受療証の発行にあたりソニー健康保険組合が担当医師(下記医療機関)に照会し、情報提供を受けることに同意します。 同意年月日： 令和 年 月 日 受療証が必要な方の氏名： _____ (対象者が18歳未満の場合は被保険者名も記入して下さい： _____)
-------	--

3. 医師の意見欄

上記「2. 受療証が必要な方の情報」の通り、診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の名称 医療機関の所在地 担当医師氏名
--

受付印

記入例

事務長	係	係

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

記入日: 令和 5 年 5 月 15 日

チェック必須

1. 被保険者(在職社員または退職者本人)の記入欄

◆申請者確認欄 (チェック必須)		<input checked="" type="checkbox"/> 申請内容については、申請者(被保険者)が作成、確認いたしました。	
① 被保険者証 記号・番号	記号 999	番号 999999	② 被保険者 氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎
③ 被保険者証 住所	〒 111 - 1111 〇〇 県 △△ 市 □× 町 1-2-3		
④ 連絡先電話	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯	TEL: 999 - 9999 - 9999 (平日の日中に連絡可能な番号)	
	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯	TEL: 090 - 1111 - 2222 (平日の日中に連絡可能な番号)	
	メールアドレス	abcdef123@●●●.×× (常時確認可能なアドレス)	

2. 受療証が必要な方の情報

⑤ 認定対象者 氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	⑥ 被保険者 との続柄	妻	⑦ 生年 月日	昭 和 平 成 令 和	55 年	5 月	5 日
⑧ 疾病名	<input checked="" type="checkbox"/> 人工腎臓透析を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全 <input type="checkbox"/> 血友病							

⑩同意書は、受療証発行が必要な方自身でご署名ください

⑨ 同意書	私はソニー健康保険組合に特定疾病療養受療証を交付され、ソニー健康保険組合が担当医師(下記医療機関)に照会し、情報提供を受けることに同意します。 同意年月日: 令和 5 年 5 月 15 日 受療証が必要な方の氏名: 健保 花子 (対象者が18歳未満の場合は被保険者名も記入して下さい:)							
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

3. 医師の意見欄

上記「2. 受療証が必要な方の情報」の通り、診療を受けていることに相違ありません。

医療機関で記入してもらう

医
医
担 当 医 師 氏 名18歳未満ご家族の場合は、
被保険者の署名も忘れずに

受 付 印