

# 『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

- ・人工透析を行う必要のある慢性腎不全
- ・血液凝固因子製剤によるH I V感染症
- ・血友病

## ◆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のようになります

所得区分		自己負担額
上位所得者 (被保険者標準報酬月額 が53万円以上の方)	対象者が70歳未満で、認定疾病名が「慢性腎不全」の方	2万円
	上記以外の方	1万円
それ以外の方		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 ソニー本社ビル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

ソニー健康保険組合 理事長殿

## 健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

平成 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号一番号	—	被保険者の氏名・押印 ※被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要		㊟ ※認印
	日中連絡の取れる電話番号 ※問い合わせの際に使用します	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	— —	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	— —
	対象者の氏名	生年月日：S・H 年 月 日			
	疾病名	<input type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子製剤によるHIV感染症 <input type="checkbox"/> 血友病			

医 師 の 意 見 欄	上のおり、診療を受けていることに相違ありません。 平成 年 月 日
	所在地 医療機関の 名 称
	医 師 名 ㊟

被 保 険 者 記 入 欄	<b>&lt;療養受療証の送付先について&gt;</b>	
	①事業所在籍者 ・社内送達便が届く方 ⇒ 職場へ送付しますので下記社内送達便の宛先を記入してください。 ・社内送達便が届かない方 ⇒ 事業所経由での送付になるので以下の記入は必要ありません。	
	②任意継続被保険者、特例退職被保険者 自宅送付になるので下記住所、宛名を記入してください。	
	療養受療証送付先	郵便の場合 住 所 〒 — — 宛 名 様 社内送達便の場合 勤務先 tel( — — )
<b>送付先の宛名が被保険者氏名と異なる場合はご記入下さい</b>		
委任状	_____ は _____ を代理人と定め、標記のとおり申請した療養受領証の受領方を委任します。 被保険者の氏名 受取人の氏名 住 所 被保険者の 氏 名 ㊟	

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合

# 《記入例》

ソニー健康保険組合 理事長殿


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

申請書を記入した日

平成 28 年 6 月 1 日

被保険者記入欄	被保険者証の記号一番号	999 - 999999	被保険者の氏名・押印 ※被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要	健保 太郎	Ⓢ ※認印
	日中連絡の取れる電話番号 ※問い合わせの際に使用します	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	03-9999-8888	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯	090-9999-8888
	対象者の氏名	健保 花子 生年月日：S・H 50年 10月 2日			
	疾病名	<input checked="" type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子製剤によるHIV感染症 <input type="checkbox"/> 血友病			

医師の意見欄	上のとおり、診療を受けていることに相違ありません。		平成 28 年 6 月 3 日
	所在地	〇〇県△△市□□□1-1-1	
	医療機関の名称	●●●総合病院	
	医師名	医師 次郎	
	<b>病院で記入をしてもらう</b>		

被保険者記入欄	<b>&lt;療養受療証の送付先について&gt;</b>	
	①事業所在籍者 ・社内送達便が届く方 ⇒ 職場へ送付しますので下記社内送達便の宛先を記入してください。 ・社内送達便が届かない方 ⇒ 事業所経由での送付になるので以下の記入は必要ありません。	
	②任意継続被保険者、特例退職被保険者 自宅送付になるので下記住所、宛名を記入してください。	
	療養受療証送付先	住所 〒 - 宛名 様 〇〇〇(株) ▲▲▲TEC □□□部 ××課 勤務先 tel( 9 - 999 - 9999 )
<b>送付先の宛名が被保険者氏名と異なる場合はご記入下さい</b>		
委任状	_____は_____を代理人と定め、標記のとおり申請した療養受領証の受領方を委任します。 被保険者の氏名 受取人の氏名 住所 被保険者の氏名 Ⓢ	

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合