

申請対象者のマイナンバーを当健保組合に提出していて、かつ、オンライン資格確認を導入している医療機関を受診する場合は、当健保組合での事務処理完了次第オンライン資格確認システムに特定疾病情報が反映されるため、紙の「特定疾病療養受療証」は原則交付していません。^①

「特定疾病療養受療証」の紙での交付が必要ですか？

当健保組合から「資格確認書」が交付されている方は「はい」にチェックをしてください。
 なお、紙交付不要な方は、チェックは不要です。

紙交付が必要

| | | | | | |
|------------|--|--|-------------|---|--|
| 被保険者が記入する欄 | 健康保険 記号・番号 ^② | 記号 × | 番号 ××××× | 申請日 ^③ | ××××年 ×月 ×日 |
| | 被保険者名 ^④ (自署) 生年月日 | 健保 太郎 | | 申請対象者 ^⑥ 【該当する□に☑し、被扶養者の場合は氏名等を記入】 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (対象の被扶養者の氏名等をご記入ください) |
| | 被保険者連絡先 ^⑤ | ☑S・□H:××年×月××日生 ※日中連絡可能な電話番号 ××× (××××) ×××× | | | 氏名 続柄 () 生年月日 □S・□H・□R 年 月 日生 |
| | 住所 ^⑦ | 〒××× - ×××× 東京都豊島区△△ ○-○-○ | | | |
| | 送付希望先 ^⑧ | <input type="checkbox"/> 上記住所への送付を希望 ※特定記録郵便で被保険者宛に送付しますので受け取り可能なご住所をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 上記住所以外への送付を希望される場合のみ、以下にご記入ください。 〒 - | | | |
| | 疾病名 ^⑨ (いずれかに☑) | <input type="checkbox"/> 血友病 (診療開始日 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 (透析開始日 ××××年×月×日) <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 (HIV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 年 月 日) | | | |
| 医師の証明欄 | ⑩)とおりの診療を受けていることに相違ありません。 ××××年 ×月 ×日 医療機関の 名称 ×××病院 所在地 東京都豊島区▲▲ ●-●-●● 担当医氏名 ×××太郎 | | | | |

※ 「特定疾病療養受療証」の認定は、原則として当申請書を当健保組合が受領した日の属する当月1日からとなります。但し、月の途中に当健保組合の資格を取得した場合には資格取得日となります。

社会保険労務士の提出代行者

※健康保険の記号-番号に代えて、マイナンバーで申請される場合には、番号欄へ記載してください。

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

GIB・PGF：大槻事務所
 CLIS・コミュニティ SKY・PGI・三栄収納サービス・PGビズネスサービス・GIB労働組合：各事業主の健康保険担当

※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードからご確認ください
 ※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



| | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|--------|---|-----|------|-----|-----|-----|
| 健保使用欄 | 同年月日 | 年 月 日 | 月額(区分) | () | 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 役職者 | 担当者 |
| | 資格取得日 | 年 月 日 | 紙発行 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | | |
| | 発行日 | 年 月 日 | | | | | | | |

【次のような場合に、この申請をご使用ください】

特定疾病（血友病、人工透析を行う必要のある慢性腎不全、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群）の療養を受ける場合の医療機関へ提示する証の交付を申請する場合に使用します

【記入要領（記入例の番号と照合してください）】

①「特定疾病療養受療証」の紙での交付が必要ですか？

「特定疾病療養受療証」の紙での交付が必要な方のみしてください

②健康保険記号・番号

マイナポータルや資格確認書、資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号をご記入ください

③申請日

申請年月日をご記入ください

④被保険者氏名

被保険者の氏名を自署の上、生年月日をご記入ください

⑤被保険者連絡先

日中連絡可能な電話番号をご記入ください

⑥申請対象者

対象者が被保険者の場合は「被保険者」にしてください

対象者が被扶養者の場合は「被扶養者」にし、対象の被扶養者氏名・生年月日および続柄をご記入ください

⑦住所

被保険者の住所をご記入ください

⑧送付先住所

特定疾病受療証の送付先を「⑦住所」と同一の住所への送付を希望する場合には上段にしてください。

「⑦住所」とは異なる住所を希望する場合は、下段に送付希望先をご記入ください。

⑨疾病名

認定を受けようとする者の法令（令第41条9項）に規定された疾病をご選択ください

⑩医師の証明欄

診察を受けている医師から証明を取得してください

【留意事項】

申請書を事業主経由で提出する場合は、申請書の提出から証受取までに1週間以上かかる場合がありますので、証の発行をお急ぎの場合には、申請書を健保組合へ直接郵送してください。