

特定疾病認定申請書について

特定の疾病による高額な治療を長期間継続して受ける必要があるかたは、申請し広域連合で認定されると「特定疾病療養受療証」の交付を受けることができます。「特定疾病療養受療証」を医療機関等の窓口に提示することで、特定疾病の自己負担限度額は、1つの医療機関につき月額1万円となります。

《対象となる特定疾病》

- ・ 人工透析が必要な慢性腎不全
- ・ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害の一部（血友病）
- ・ 血液凝固因子製剤の投与に起因する（血液製剤による）H I V感染症

《適用日》

申請日の属する月の1日から適用

※申請日以降に資格取得する場合は、資格取得日から適用

《申請書類》

- 1) 後期高齢者医療特定疾病認定申請書
- 2) 特定疾病の治療を受けていることがわかる書類の写し（下記のいずれか）
 - ・ 医師の意見書または診断書（4枚目の様式または医療機関独自の様式）
※障害者手帳手続きに使用する「身体障害者診断書・意見書（じん臓機能障害用）」の写しでも可
 - ・ 後期高齢者医療制度加入前の健康保険制度から交付された特定疾病療養受療証等

◎特定疾病療養受療証の交付対象となるかたは、以下の手続きも必要となります。
詳しくは、各担当課へお問い合わせください。

●身体障害者手帳の申請

障害者支援課 身体障害者相談係 電話：03-5722-9850（直通）

●東京都難病医療費助成医療券（マル都）の申請

保健予防課 保健管理係 電話：03-5722-9396（直通）

※マル都医療券は申請日から有効です。申請されるかたはお早めにご申請ください。

<あて先>※切り取ってお使いください。

ご不明なことがありましたら、
下記までご連絡ください。
目黒区 国保年金課 後期高齢者医療係
電話 03-5722-9838

〒153-8573
目黒区上目黒二丁目19番15号
目黒区 国保年金課
後期高齢者医療係 行

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	()

被保険者番号		個人番号	
--------	--	------	--

被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	

疾病の名称	<ul style="list-style-type: none"> 人工透析が必要な慢性腎不全 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害の一部（血友病） 血液凝固因子製剤の投与に起因する（血液製剤による）HIV感染症
-------	--

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療特定疾病療養受療証の交付を申請します。

年 月 日

【 担当処理欄 】

適 用	認 定	確認書類	受付者	入力者	再検者	受 付 印
		<ul style="list-style-type: none"> 被保険者証 その他 () 				
	適用（却下）日 年 月 日					

届出者名	目黒 太郎	本人との関係	例：長男
届出者住所	目黒区上目黒2丁目19番15号	連絡先電話番号	〇〇 (△△△△) □□□□

被保険者番号	0 1 2 3 * * * *	個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	メグロ ハナコ	
	氏名	目黒 花子	
	生年月日	明治・大正・ 昭和	〇〇年〇
	住所	目黒区上目黒2丁目19番15号	
疾病の名称	<ul style="list-style-type: none"> 人工透析が必要な慢性腎不全 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝 血液凝固因子製剤の投与に起因する（血液 		
東京都後期高齢者医療広域連合長宛			
上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療特定疾病療養受療証の交付を申請します。			
〇〇年〇〇月〇〇日		申請日をご記入ください。	

●届出者名
●届出者住所
●被保険者本人との続柄
●日中連絡のつく電話番号
をご記入ください。
※届出者は被保険者本人
でも構いません。

●被保険者番号
●被保険者氏名(フリガナ)
●被保険者の生年月日
●被保険者の住所
●疾病の名称(該当する項目を○(マル)で囲んでください。)
をご記入ください。

【 担当処理欄 】

適 用	認 定 却 下	確認書類	受付者	入力者	再検者	受 付 印
		<ul style="list-style-type: none"> 被保険者証 その他（ 	区処理欄につき、記入不要			
		適	年	月	日	

医療機関関係者 様

この意見書は「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」第6条により、無償交付をお願いいたします。

後期高齢者医療特定疾病認定のための医師(歯科医師)の意見書

氏 名	
生年月日	年 月 日
疾 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅳ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3 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。)
備 考	

上記の診療を受けていることに相違ありません。

年 月 日

保険医療機関名

所 在 地

電 話 番 号

保 険 医 名

注)本書は、「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」第6条の適用を受ける意見書です。