

## 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。

適用日は申請日の属する月の1日からです。（申請日以降に資格取得する場合は資格取得日から適用）

### 《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

### 《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  
※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
- 3) 申請者本人の本人確認書類の写し
- 4) 委任状または被保険者の本人確認書類の写し（被保険者が申請者の場合は不要）

| 本人確認書類   | 1 点で可                                                         | 2 点以上で可                           |
|----------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 被保険者     | ・ 運転免許証<br>・ 運転免許経歴書<br>・ マイナンバーカード<br>・ 身体障害者手帳<br>・ パスポート 等 | ・ 資格確認書<br>・ 介護保険証<br>・ 介護保険負担割合証 |
| 被保険者本人以外 |                                                               | その他官公署発行書類に、氏名・住所の記載があるもの         |
| 成年後見人等   |                                                               |                                   |
|          | 登記事項証明書、審判書等                                                  |                                   |

※氏名・生年月日・住所の3点が確認できるものが必要です

※有効期限設定のあるものは、有効期限内のものとなります

◎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です。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。

目黒区国保年金課後期高齢者医療係  
電話 03-5722-9838

（裏面が記入例になっています）

記入例

|       |                 |         |                |
|-------|-----------------|---------|----------------|
| 届出者名  | 目黒 太郎           | 本人との関係  | 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 |  |
| フリガナ             | メグロ ハナコ                                                                                                                        |      |  |
| 氏名               | 目黒 花子                                                                                                                          |      |  |
| 生年月日             | 大正・昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日                                                                                                              |      |  |
| 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"><li>人工透析が必要な慢性腎不全</li><li>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(症)</li><li>血液凝固因子製剤の投与に起因する(症)</li></ul> |      |  |
| 東京都後期高齢者医療広域連合長宛 |                                                                                                                                |      |  |
| 上記のとおり、          | 申請日を記入してください                                                                                                                   | 定疾病  |  |
| 〇〇年 〇〇月 〇〇日      |                                                                                                                                |      |  |

●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  
を記入してください。  
※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  
●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)  
を記入してください。

【 担当処理欄 】

区処理欄につき記入不要

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<br>保<br>険<br>者                          | フリガナ |                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |                          |  |
|                                           | 氏名   |                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |                          |  |
|                                           | 生年月日 | 大正・昭和                      年                      月                      日                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |                          |  |
|                                           | 住所   |                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |                          |  |
| 疾病の名称                                     |      | <ul style="list-style-type: none"><li>人工透析が必要な慢性腎不全</li><li>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）</li><li>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</li></ul> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |                          |  |
| 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<br><br><br>用 | 認 定                             | 交付書類                             |  | 受付者 | 入力者 | 再検者 | 受<br>付<br>印 |  |  |  |
|                |                                 | ・ 特定疾病療養受療証<br>・ 資格確認書（任意記載事項併記） |  |     |     |     |             |  |  |  |
|                | 適用（却下）日                         |                                  |  |     |     |     |             |  |  |  |
|                | 年              月              日 |                                  |  |     |     |     |             |  |  |  |