

特定疾病療養受療証の申請について

厚生労働大臣が指定する下記の疾病(特定疾病)に該当する方には、申請により「**特定疾病療養受療証**」を交付します。

医療機関の窓口で保険証と併せて「**特定疾病療養受療証**」を提示することにより、該当疾病の窓口負担額が自己負担限度額までとなります。

【対象となる疾病】

- ・ 人工透析を行う必要のある慢性腎不全
- ・ 血友病
- ・ 後天性免疫不全症候群(厚生労働大臣の定めるものに限る)

【自己負担限度額】

(月額)

該当疾病	所得区分	自己負担限度額
血友病		10,000円
後天性免疫不全症候群		10,000円
人工透析を行う必要のある慢性腎不全	70歳未満の一般所得者/70歳以上	10,000円
	70歳未満の上位所得者	20,000円

上記疾病「人工透析を行う必要のある慢性腎不全」に該当の70歳未満の方のうち、上位所得者の方は自己負担限度額が2万円となります。

上位所得者とは、基礎控除後の総所得が600万円を超える世帯のことで、高額療養費における所得区分が「ア」または「イ」の世帯の方です。

所得区分については、マイナンバーを利用した情報連携により照会し、判定します。

【組合へご提出いただく書類】

特定疾病認定申請書

※申請書の「医師の意見欄」への記入による医師の証明が必要です。

【受療証の有効期限】

毎年7月31日まで

【受療証の更新について】

更新の受療証は毎年7月末までに組合員の自宅に郵送します。手続きの必要はありません。

返送用宛名ラベル ↓点線を切り取ってお使いください

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

