MY HEALTH WEB

特定疾病療養受療証
申請利用者画面

【利用者画面】特定疾病療養受療証交付申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請TOP画面

①事前にPDFを印刷し、医師の記入、押印、証明を受けてください。
②上記①の書類を画像データ（写真・スキャン）にして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。

TOP > 各種申請・申込 > 保険資格・適用に関する申請 > 特定疾病療養受療証交付申請

特定疾病療養受療証交付申請

申請者	被保険者からの申請になります。
申請方法	このサイトの申請画面に必要項目を入力し、申請してください。 ※申請には医師の証明が必要です。 事前に下記のPDFを印刷して医師の記入と押印をもらってください。 【特定疾病受領証交付申請（医師証明用）】
注意事項	申請することができるのは被保険者のみです（被扶養者の方の申請も被保険者が行ってください）。

申請する

届出・申請の履歴

※PDFファイルをご覧いただくためには、無料のAdobe® Reader®が必要です。
お持ちでない場合は、左のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

届出・申請TOPへ

この申請について

TOP > 各種申請・申込 > 保険資格・適用に関する申請 > 特定疾病療養受療証交付申請

特定疾病療養受療証交付申請

この申請について

本項目を確認、了承（✓）したうえで、次へ進んでください。

「特定疾病療養受療証」の交付には「医師の証明」のア
あらかじめ、前画面のPDFをダウンロードして、医師の

☐ 前画面PDFにて医師の証明を取得済みです。

←前へ戻る　次へ進む→

この申請TOPへ　届出・申請TOPへ

【利用者画面】特定疾病療養受療証交付申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請者情報

特定疾病療養受療証交付申請

申請者情報

申請者の情報を入力してください。

申請者	テスト　太郎
連絡先：電話番号 必須	◉ 登録済の電話番号を使用する　09012345678 ○ 新規に登録する
連絡先：メールアドレス 必須	※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。 test@test

←前へ戻る　次へ進む→

この申請TOPへ　届出・申請TOPへ

申請対象者情報

特定疾病療養受療証交付申請

今回の交付が必要になる方を選択してください。

申請対象者情報

申請対象者の情報を入力してください。

申請対象者 必須	「特定疾病療養受療証」の交付を必要とする方を選択してください。 複数名分必要の場合は、それぞれ個別に申請してください ○ テスト　太郎 ○ テスト　花子

←前へ戻る　次へ進む→

この申請TOPへ　届出・申請TOPへ

【利用者画面】特定疾病療養受療証交付申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請者情報

特定疾病療養受療証交付申請

申請内容

申請内容を入力してください。

必要項目を全て入力し、
添付書類をアップロードしてください。

疾病名 必須	疾病を選択してください。 ◉ 1.人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 ○ 2.血友病 ○ 3.後天性免疫不全症候群
住所 必須	郵便番号 必須　※ハイフンなしの半角数字（7桁） 1006640　検索 都道府県 必須 東京都 市区町村番地 必須　※全角入力
添付書類 必須	※アップロード可能な画像は「jpg,jpeg,png,gif,pdf」のみとなります。 ※1枚あたり10MBまでアップロード可能です。 ※ファイル名称は、半角英数字と記号「-_.」のみを使用してください。 ※ファイル名にスペースは使用できません。 ※画像の文字が読み取れない等不備があった場合は、再度ご提出いただきます。

送付先住所をご入力ください。
実家等で表札が異なる場合は世帯主氏名まで入力ください。
漏れていますと、宛名不完全等で届かないことがあります。

入院中で病院での受け取りを希望の場合、事前に病院に受取可能か必ず確認いただいた上で、病院の住所、病院名、部屋番号までご入力ください。

画像の文字が読み取れない等の不備がある場合は、受理できませんので、鮮明な画像をアップロードしてください。
再度ご提出いただく場合がありますので、原本は保管してください。

←前へ戻る

この申請TOPへ

【利用者画面】特定疾病療養受療証交付申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

入力内容確認

TOP > 各種申請・申込 > 保険資格・適用に関する申請 > 特定疾病療養受療証交付申請

特定疾病療養受療証交付申請（入力内容確認）

申請者情報

保険証記号－番号	9999991－9999991
申請者	テスト　太郎　｜　ﾃｽﾄ ﾀﾛｳ
連絡先：電話番号 必須	09012345678
連絡先：メールアドレス 必須	test@test

全ての入力内容に誤りが無いか、
アップロード画像に誤りが無いか、
文字等が鮮明であるか確認ください。

申請対象者情報

申請対象者 必須	テスト　太郎　｜　ﾃｽﾄ ﾀﾛｳ　｜　続柄：本人　｜　生年月日：1980年01月08日　｜　性別：男

申請内容

疾病名 必須	1.人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全
住所 必須	郵便番号: 100-6640 都道府 市区町村番地: 千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー 建物名・部屋番号など:
添付書類 必須	特定疾病療養受療証交付申請（医師証明用） リクルート健康保険組合

←前へ戻る　入力内容を確定する

この申請TOPへ　届出・申請TOPへ

申請完了

特定疾病療養受療証交付申請（申請完了）

特定疾病療養受療証交付の申請が完了しました。

健康保険組合にて申請確認後、３営業日以内にご登録の住所に郵送します。
不備あった場合、メール、電話、郵送にてご連絡をさせていただくことがございます。

この申請TOPへ　届出・申請TOPへ

こちらで申請は完了です。

健康保険組合にて申請確認後、今回ご登録いただいた住所に３営業日以内に郵送します。
不備がある場合、健康保険組合よりメール、電話、郵送等で連絡が入ります。