

健康保険 特定疾病 認定 申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者 申請者情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	マイ ナンバー	被保険者等記号番号が分からない場合に記入してください					
	氏名	(フリガナ) 			生年月日	☐ 昭和		☐ 平成		
住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 -)			Tel	()					
	都道府県									

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☒)

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	疾病名 [1 から 3 の疾病に該当する] [番号をご記入ください]				

☐
 1. 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区因子障害
 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全
 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。）

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。	
	住所	(〒) 都道 府県
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()
	宛名	

医師の意見欄

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医 師 の 氏 名

電 話 ()

上記のとおり健康保険特定疾病の認定を申請します。

令和 年 月 日

(241202)

受付目付印

- ・マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)には、認定証は発行されません。当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に特定疾病の認定情報が反映されます。
- ・資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄