

健康保険 特定疾病 認定申請書

被保険者(申請者)

記入例

以下のとおり特定疾病の認定を申請します。

令和 Y 年 M 月 D 日

被保険者情報	記号	番号	記号番号がわからない場合マイナンバーを記入	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 2 3 4	5 6 7	
	氏名	(フリガナ) オオイ ケンタ	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	住所	(〒 223 - 3445) 神奈川県 横浜市 ●●区 ▲▲	年 月 日	5 0 1 1
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (9876) XXXX	1 - 2 - 3 - 4 5 6		
☐ 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	大井 花子	生年月日	☒ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	2 0 年 3 月 3 日
	疾病名	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Ⅲ因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗HIV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。)				

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	医師に当欄の記入(証明)を依頼してください
	医療機関の名称	
医師の氏名		
電 話	()	

マイナ保険証の方も、該当となった際は、この申請は必要です。

- ・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。認定証は原則として被保険者情報に記入した住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。

住所	(〒 -)	都 道 府 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	
宛名		

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄