

# 健康保険 特定疾病 認定申請書

被保険者（申請者）記入用

以下のとおり特定疾病の認定を申請します。

年 月 日

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号	記号 番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。		
	従業員番号		メールアドレス		
	氏名 (フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	
	住所 (〒 - )				
	電話番号 (日中の連絡先)				

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	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Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固Ⅸ因子障害 2.人工腎臓を実施している慢性腎不全 3.抗リムフ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、疾病にかかったことを証明する書類（診断書等）を添付してください。			
	上記の通り診察を受けていることに相違ありません。			年 月 日
	医療機関の所在地・電話	(〒 - )		
	医療機関の名称			
医師の氏名				

・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	(〒 - )
電話番号 (日中の連絡先)	
宛名	

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印