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	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 令和
住所	(〒　　ー　　)		
電話番号 (日中の連絡先)			

□ 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　年　月　日 □ 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。)	

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	〒　　ー　　　　(　　)
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	(〒　　ー　　)
電話番号 (日中の連絡先)	
宛名	

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	