

## 記入例

## 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。

2026 年 4 月 5 日

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号	記号 100	番号 123456	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	123456		メールアドレス	〇〇〇〇@xxx.co.jp	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	
		健保 太郎			<input type="checkbox"/> 平成	60 年 1 月 15 日
	住所	(〒 123 - 4567 ) 東京都〇〇区□□1-2-3		<input type="checkbox"/> 令和		
電話番号 (日中の連絡先)	XXX-XXXX-XXXX					

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 60 年 1 月 15 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)	2	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	医師が記入するところ				
	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	(〒 - )	上記住所に送付希望の場合は記入不要
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