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	○○○○@xxx.co.jp
氏名	(フリガナ) ケンポ　タロウ 健保　太郎		生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成 60 年 1 月 15 日 ☐ 令和
住所	(〒 123 ― 4567) 東京都○○区□□1-2-3			
電話番号 (日中の連絡先)	xxx-xxxx-xxxx			

事業所経由で提出する場合、チェックを入れてください。

☑ 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	健保　太郎	生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成 60 年 1 月 15 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）	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	〒 ― (
医療機関の名称	
医師の氏名	

医師が記入するところ

・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	

上記住所に送付希望の場合は記入不要

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	