

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。

令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号	番号	マイナ保険証保有の有無												
	記号・番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
住所	(〒 一)	都道府県	<input type="checkbox"/> 平成 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	年月日	<input type="checkbox"/> 令和 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は <check>)</check>															

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 <input type="checkbox"/> 令和	年月日
	疾病名 〔1から3の疾病に該当する〕	<input type="checkbox"/>	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VII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、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				
	医療機関の名称				
	医師の氏名				
電 話	()				

<ul style="list-style-type: none"> 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	(〒 一)	都道府県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
宛名					

標準報酬月額 (千円)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					※530千円以上 は上位所得者	マイナ保険証	あり・なし	健保受付印
自己負担 限度額	2万円	70歳未満の上位所得者 で疾病名が2の者	認定証交付日	R 年 月 日					
	1万円	上記以外の者							
発行通番			常務理事	事務長		GR長			
新規・更新				担当者					