

常務理事	係員	係員

# 健康保険 特定疾病 認定申請書

被保険者情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/>
	住所	(〒 - )	都(道) 府(県)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )				
送付先	部署 <input type="checkbox"/> ( )	上記 <input type="checkbox"/>	上記以外 <input type="checkbox"/>	※下欄その他に記入	

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 番号をご記入ください)	<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八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.抗リルズ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	( )				

その他	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。				
	住所	(〒 - )	都(道) 府(県)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )				

(R6.10)

受付日付印

マイナ保険証を利用している(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。

上記内容を確認し、健康保険特定疾病認定を申請します。

令和 年 月 日

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄