

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)	111	12345		
	氏名	(フリガナ) キョウアイ ハナコ 共愛 花子	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 6 2 9 8
	住所	(〒 804 - 0092) 福岡 都 道 府 県 北九州市戸畑区 小芝2-2-6-201号室	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 093 (871) 6151	
送付先	部署 ☒ (〇〇〇〇)	上記 ☐	上記以外 ☐	※下欄その他に記入	

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	共愛 太郎	生年 月 日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	6 4 年 4 月 1 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)	1	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HIV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 ()						

送付先	被保険者情報に記入した住所と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	(〒 -)	都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
宛名						

(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