

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	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	
	被保険者等の	560	1111	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 601010
	住所	(〒 222 - 0000) 神奈川県 横浜市〇〇区〇〇1-1 △△ハイツ103	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (XXXX) XXXX

☒ 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 花子	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 60 年 8 月 7 日
	疾病名	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、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。	
	医療機関の所在地	神奈川県横浜市△△111-1
	医療機関の名称	〇〇総合病院
	医師の氏名	健康 一郎

電 話	045 (XXXX) XXXX
-----	-------------------

- ・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	(〒 210 - 0000)	神奈川県 川崎市〇〇11-1
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 044 (XXXX) XXXX	
宛名	株式会社〇〇	

【希望送付先】

入院され、自宅で受療証の受け取りができない場合などにご記入ください。また、不備等により書類をお返しする場合もこの送付先に送付します。

登録日			
-----	--	--	--

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄