

常務理事	事務長	課長	係

健康保険

特定疾病認定

申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右つめ)	記号 □□□□	番号 □□□□□□	枝番 00	マイナ ナンバー □□□□□□□□□□	記号・番号を記載した場合は記入不要です
	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
	住所	〒	—	都 道 府 県		
	電話番号	自宅 携帯	() ()			

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	□	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(血友病) 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。)	
	療養開始日	年 月 日	日から療養開始	原則として遡及しての申請はできません。 透析等の療養が開始された日を記入してください。

確認事項と送付先	・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しだい、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ています。			
	・資格確認書をお持ちの方には認定証を交付します。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	〒	—	都 道 府 県
宛名				会社へ送付を希望される場合などは、 担当部署と氏名まで記入ください。

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。			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	()			

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

組合使用欄			
発行 有無	証書作成 有・無	上限 金額	1万円・2万円