

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	マイナ番号	被保険者証の記号と番号を記入された場合は、マイナンバーは記入しないでください。					
		1 2 3	4 5 6	0 0	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2						
	氏名	(フリガナ) ソウコ タロウ	被保険者とは、お勤めされ保険料をご負担されている方を指します。被扶養者の方の名前を記入しないよう注意してください。			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日			
		倉庫 太郎				4 8 0 1 0 1					
住所	〒 135 - 0047	東京			マンション・アパート名まで記入してください。						
電話番号	自宅 03 (1234) 5678 携帯 090 (9876) 5432	東京都 江東区富岡1-1-1			ライオンズマンション503						

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	倉庫 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	4 8 年 1 1 月 3 0 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)	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。)						
	療養開始日	R5 年 5 月 1 日			透析等の療養が開始された日を記入してください。(転職等で当組合に加入されたばかりの方は資格取得日)			

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	マイナ保険証を利用中の方はシステム登録のみとなり証書は発行されません。資格確認書をお持ちの方は、証書を医療機関に提示が必要なため証書を交付いたしますので、送付先が被保険者住所と異なる場合に、こちらへ送付先の住所を記入してください。				
宛名	る場合などは、記入してください。					

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	担当医師より証明を受けてください				
	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	倉庫業健康保険組合	1/1