

# 健康保険 特定疾病認定申請書

記入例

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）には認定証を発行できません。資格確認書をお持ちの方には発行します。マイナ保険証を利用すれば、認定証を作成せずとも受診時に特定疾病の情報を反映させられます。健保組合への手続きも必要ありません。

被保険者情報	記号	番号	生年月日							
	記号・番号	1 1 4 1	1 1 1 1 1 1	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3	年	2	月	1 0	日
	氏名	フリガナ	サカイ タロウ	電話番号	080-1234-5678					
住所	(〒 123 - 4567 ) 〇〇県△△市□□ 1-1-1									

認定対象者欄	療養を受ける者の氏名	生年月日			
	対象者が被保険者本人なら氏名・生年月日は無記入で大丈夫です。	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
疾病名	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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。）				

希望送付先	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	(〒 123 - 0000 ) 〇〇県□□市×× 1-2-3								
	宛名	〇〇病院 A棟 101号室 堺 太郎								
	電話番号	111-222-3333								

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	この欄は、診療を行った医師に書いてもらうか、 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。								
	医療機関の名称									
医師の氏名										
電話番号										

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。 令和 年 月 日

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当	担当

サカイ引越センター健康保険組合