

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

以下のとおり特定疾病の認定を申請します。 令和 年 月 日提出

|        |                                                                               |                                                                                                                                  |    |      |                         |                                   |          |  |  |  |  |  |  |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|-------------------------|-----------------------------------|----------|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者情報 | 被保険者等<br>記号・番号                                                                | 記号                                                                                                                               | 番号 | 社員番号 |                         | 所属及び<br>部署名                       |          |  |  |  |  |  |  |
|        | 個人番号(※)<br>マイナンバー                                                             |                                                                                                                                  |    |      |                         | ※記号・番号がわからない場合のみ記入してください          |          |  |  |  |  |  |  |
|        | 被保険者<br>氏 名<br>(自署)                                                           | フリガナ                                                                                                                             |    |      | 住 所<br>電話番号<br>(日中の連絡先) | 〒 -<br><br>電話 ( )<br><br>E-mail @ |          |  |  |  |  |  |  |
|        | 生年月日                                                                          | 昭和 ・ 平成 年 月 日                                                                                                                    |    |      |                         |                                   |          |  |  |  |  |  |  |
| 認定対象者欄 | 適用対象者<br>氏名                                                                   | フリガナ                                                                                                                             |    |      | 被保険者<br>との続柄            | 生年月日                              | 昭和<br>平成 |  |  |  |  |  |  |
|        |                                                                               |                                                                                                                                  |    |      |                         |                                   |          |  |  |  |  |  |  |
|        | 適用対象者<br>住所                                                                   | 〒 -<br>.....<br>※被保険者住所と同じであれば「同上」と記入<br>電話 : ( )                                                                                |    |      |                         |                                   |          |  |  |  |  |  |  |
|        | 疾 病 名                                                                         | 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>2. 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第Ⅸ因子障害<br>3. 抗ウィ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 | 上記の通り診療を受けていることに相違ありません。<br><br>令和 年 月 日<br><br>医療機関の 名 称<br>所在地<br><br>医 師 名 |                                                                                                                                  |    |      |                         |                                   |          |  |  |  |  |  |  |

(注) ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

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。

|                                    |                                   |                              |              |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------|
| 特定疾病療養受療<br>証送付希望先<br><br>※配送は簡易書留 | <input type="checkbox"/> 認定対象者住所  | <input type="checkbox"/> その他 | [ 実家 ・ 勤務先 ] |
|                                    | ※ その他を選択された方                      |                              |              |
|                                    | 〒 -<br>.....<br>電話 : ( )<br>..... |                              |              |
|                                    | 実家の姓名/ 部署名 ( )                    |                              |              |