

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 6 年 12 月 1 日提出

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 ○	番号 ○○○○	社員番号	○○○○ ※任意継続の方は 記入不要	所属及び 部署名	人事部
	個人番号(※) 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 氏 名 (自署)	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎			住 所 電話番号 (日中の連絡先)	〒○○○-○○○○ 東京都○○区○○町1-1-1 電話 090 (1234) 5678 E-mail ○○○@○○○○.○○.○○	
	生年月日	昭和・平成 61 年 7 月 7 日					
認定対象者欄	適用対象者 氏名	フリガナ ケンポ ヤスジロウ 健保 保次郎			被保険者 との続柄	父	生年月日 昭和平成 3 0 0 9 1 0
	適用対象者 住所	〒 ー 同 上 ※被保険者住所と同じであれば「同上」と記入 電話： ()					
	疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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 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。 令和 医師の証明欄 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 証送付希望先 ※配送は簡易書留	☐ 認定対象者住所	☐ その他	[実家 ・ 勤務先]
	※ その他を選択された方		
	〒 ー 電話： ()		
	実家の姓名/ 部署名 ()		