

健康保険 特定疾病 認定申請書

被保険者情報	被保険者等	記号		番号		氏名	
	住所	〒 ー TEL: ()					

認定対象者情報	氏名		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	被保険者との続柄		認定証の送付先	☐ 事業所経由被保険者あて ☐ 被保険者の住所あて ☐ その他(備考に送付先・宛名をご記入ください)			
	疾病名	☐ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 ☐ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ☐ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIVを含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)					
	備考						

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書類を添付してください。						
		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					
	医療機関所在地						
	医療機関名称						
	医師の氏名 電話番号						

- 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。
- 「※」欄は記入しないでください。

令和 年 月 日提出

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

※受付日付印

※決裁欄	伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	係
	決裁日	令和 年 月 日				
	発効日	令和 年 月 日				
	適用区分	上位 ・ 一般 (標準報酬月額 千円)	備考			

健康保険 特定疾病 認定申請書

記入例

被保険者情報	被保険者等	記号	901	番号	399	氏名	農業 米男
	住所	〒 111-2222 群馬県前橋市〇〇町410-3					TEL: 027(〇〇〇)1103

認定対象者情報	氏名	農業 稲作	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	35 年 2 月 23 日	
	被保険者との続柄	父	認定証の送付先	☒ 事業所経由被保険者あて ☐ 被保険者の住所あて ☐ その他(備考に送付先・宛名をご記入ください)		
	疾病名	☒ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 ☐ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ☐ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIVを含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)				
	備考					

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書類を添付してください。					
		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 6 年 12 月 1 日				
	医療機関所在地	群馬県前橋市〇〇町119				
	医療機関名称	〇〇病院				
	医師の氏名	病 完治				
	電話番号	027-220-△△△△				

- 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。
- 「※」欄は記入しないでください。

令和 6 年 12 月 2 日提出

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

※受付日付印

※決裁欄	伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	係
	決裁日	令和 年 月 日				
	発効日	令和 年 月 日				
	適用区分	上位 ・ 一般 (標準報酬月額 千円)	備考			