

健康保険 特定疾病 認定申請書

常務 事務局長 部長 課長 課長補佐 係長 係

こちらを申請することによって、特定疾病の認定を受けることができます。

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)には特定疾病療養受療証を交付いたしません。マイナ保険証にて医療機関等を受診する際には、特定疾病の情報が反映されます。

資格確認書にて医療機関等を受診する方には特定疾病療養受療証を交付いたしますので、医療機関等の窓口にて提示してください。

以下のとおり、特定疾病の認定を申請します。

申請年月日 令和 6 年 12 月 2 日

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	
	氏名	(フリガナ)		生年月日 昭平令 年 月 日
	住所	〒 -		電話番号 (携帯電話) ()
				提出委任 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

認定対象者	療養を 受ける方	(フリガナ)	生年月日 昭平令 年 月 日
	疾病名	氏名	
	該当する番号を ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 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第Ⅸ因子障害 <input type="checkbox"/> 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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。)	

※受療証は、原則、申請書受付月の1日から有効となります。

○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

希望送付先	住所	〒 -	都・道 府・県	電話番号 (携帯電話) ()
	宛名			被保険者 との関係

※医療機関等を希望する場合は、事前に医療機関等に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

○ 下欄に医師の証明を受けるか、診断書等の疾病にかかっていることを証明する書類を添付してください。

医師の意見欄	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
	所在地	
	医療機関名	
	医師氏名	TEL ()

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類」、「代理人の身元確認書類」等の添付が必要となります。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄