

記入例： 特定疾病認定 申請書

※本証の申請は、「資格確認書」の交付を受けている方に限ります。

1	確認欄
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、1. または2. の要件を満たしたものである。 1. 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 2. 記載内容については申請者本人が誤りがないか確認をしている。

1 【確認欄】
記載内容に誤りがないか確認の上、✓をしてご提出ください。

健康保険 特定疾病認定 申請書

【注意事項】 ・ **発効日は、健康保険組合が申請書を受け付けた日の属する月の1日です。申請書受付月より前の月の特定疾病療養受療証の交付はできません。**

・ 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、正しい内容をご記入ください。

2 被 保 険 者 情 報	3 被保険者等の 記号	***	番号	****	
	被 保 険 者	氏名	健保 太郎		
		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	**	年 ** 月 ** 日
	住 所 電 話 番 号	〒	192	—	****
電話番号		東京都八王子市〇〇町1-2			
	電話番号	***	—	**** — **** ※日中の連絡先	

2 【被保険者情報】
家族（被扶養者）が認定対象者の場合でも、被保険者の氏名などをご記入ください。

3 【記号・番号】
「資格情報のお知らせ」、
「マイナポータル」、
「資格確認書」に記載されています。枝番の記入は必要ありません。

4 認 定 対 象 者 欄	4 認定を受ける方 (被保険者の場合は 記入不要です)	氏名			被保険者との続柄
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日
	疾病名 該当する疾病に ✓をしてください。	<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第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。)			

4 【認定を受ける方】
家族（被扶養者）が認定対象者の場合、ご記入ください。

5 送 付 希 望 先	5 受療証送付先	<input type="checkbox"/> 職場 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者情報に 記入した住所	<input type="checkbox"/> 被保険者情報に記入した住所 と別のところ
	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 電 話 番 号	〒	—
		電話番号	— —
宛名			

5 【受療証送付先】
希望する送付先をお選びください。
※在職者の方へは、
会社の人事・総務部門から
送付されます。

6 医 師 の 意 見 欄	6 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	
	医療機関の名称 医師の氏名	印

6 【医師の意見欄】
医師の証明を受けてください。