

特定疾病認定申請書

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 2345678		被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入	
	氏 名	保 険 次 郎		被保険者の マイナンバー	※ 注 4 - -
	生年月日	5	5.昭和 7.平成 52 年 8 月 1 日	申請年月日	令和 8 年 10 月 5 日
	住民票住所	〒 123 - 4567 TEL 070 - 1111 - 2222 〇〇県〇〇市▽▽町6-7-8			

交付が必要な対象者に☑チェックを入れ、必要事項を記入してください。							
対 象 者 欄	☐	被保険者	同上	被 保 険 者 と の 続 柄	被保険者 本人	生 年 月 日	同上
	☒	被 扶 養 者	フリガナ 氏 名		ホケン ミヨコ 保 険 美 代 子		妻

対象疾病に☑チェックを記入してください。		
対 象 の 疾 病	☐	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因子障害等
	☒	人工腎臓を実施している慢性腎不全
	☐	抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかった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。	医療機関所在地	〇〇県〇〇市〇〇1-2-3
		医療機関の名称	〇〇県立〇〇病院
	令和 8 年 10 月 5 日	医師 の 氏名	健康 守
		電 話 番 号	098-765-4321

この届出は、事業主の証明が必要です。
(※任意継続被保険者の方は除く)
事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。

- 【注
意
事
項
】
- 1. この届は、上記の対象の疾病にり患した場合に申請ください。
 - 2. 訂正は二線抹消し訂正者氏名を自署ください。（修正テープ使用不可）
 - 3. 選択欄は該当数字を記入するか該当数字に○を、チェック欄は□に✓を記入ください。
 - 4. 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入ください。
 - 5. 医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。