

特定疾病認定申請書

常務理事	事務長	課長	担当者

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	-		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			被保険者の マイナンバー	※ 注4 - -
	生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日	申請年月日	令和 年 月 日
	住民票住所	〒 - TEL - -			

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	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	被 扶 養 者	フリガナ 氏 名				

対象疾病に☑チェックを記入してください。

対 象 の 疾 病	<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 または先天性血液凝固Ⅸ因子障害
	<input 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 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)

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
		医療機関の名称
	令和 年 月 日	医師の氏名
		電話番号

事 業 主 欄	上記のとおり申請がありましたので届出します。
	令和 年 月 日
	所在地
	名称
	役職 氏名

【注
意
事
項】

- この届は、上記の対象の疾病に罹患した場合に申請してください。
- 訂正は二線抹消し訂正者氏名を自署してください。(修正テープ使用不可)
- 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☑を記入してください。
- 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してください。
- 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。