

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 6 年 12 月 15 日		
	住民票住所	〒 123 - 4567 TEL 070 - 1111 - 2222 〇〇県〇〇市〇〇町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	<input type="checkbox"/>	被保険者	同上	被 保 険 者 と の 続 柄	被保険者 本人	同上	生 年 月 日			
	<input checked="" type="checkbox"/>	被 扶 養 者	フリガナ 氏 名		ホケン ミヨコ 保険 美代子	妻		5	5.昭和 7.平成 55 年 10 月 12 日	9.令和

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 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 (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	〇〇県〇〇市〇〇1-2-3
	令和 6 年 12 月 2 日	医療機関の名称	〇〇県立〇〇病院
		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
】

- 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□に☑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。