

# 健康保険 特定疾病 認定申請書

被保険者(申請者)記入用

以下のとおり特定疾病の認定を申請します。

令和 年 月 日

被保険者情報	記号	番号	枝番	生年月日	年	月	日
	被保険者等の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					<input type="checkbox"/> 平成		
	氏名 (フリガナ)	<input type="text"/>					
住所	(〒 - )	都 道 府 県	市 郡 区				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)							

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	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 (1から3の疾病に該当する 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Ⅸ因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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。)				

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別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。						
	住所	(〒 - )	都 道 府 県	市 郡 区			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					
宛名	<input type="text"/>						

※認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

医師の意見欄	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ください。						
	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	<input type="text"/>					
	医療機関の名称	<input type="text"/>					
	医師の氏名	<input type="text"/>					
電話	( )						

※申請書受付日の前月以前に遡る認定はできません。  
日程に余裕をもってご提出ください。

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

印