記入例

※ 健 保 記 入 欄			
常務理事	事 務 長	担 当	

健 康 保 険 特 定 疾 病 認 定 申 請 書

※鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません
※健康保険の記号番号は「資格確認書」や「資格情報のお知らせ」、「マイナポータル」にてご確認ください

被保険者記入欄

被保険者 氏　名 生年月日	ふりがな　けんぽ　たろう 健 保　太 郎 昭和 (平成)　△△ 年　△ 月　△ 日	健康保険の記号番号 記　号：1010 番　号：999999	
認定対象者の 氏　名	ふりがな　けんぽ　たろう 健保　太郎	認定対象者の生年月日 昭和・(平成)・令和 △△ 年　△ 月　△ 日生	続　柄 本人
認定対象者の 住　所	〒 △△△-△△△△ ○○県○○市○○　△-△-△ TEL　△△△－△△△△－△△△△		
疾病名	1．血友病 (2．)人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 3．後天性免疫不全症候群（厚生大臣が定める者）		

※必ずどちらかにチェック☑を入れてください

☑マイナ保険証を持っている →特定疾病療養受療証は発行しません（認定通知のみ） マイナ保険証のみで受診できます	☐マイナ保険証を持っていない →特定疾病療養受療証を発行します 資格確認書と一緒に医療機関へ提示してください

医師の記入欄

上記の通り診療を受けていることに相違ありません。

△　年　△　月　△　日

医療機関の
名　称　○○病院
所在地　〒△△△-△△△△
○○県○○市○○　△-△-△
TEL　××××－××××－××××

医師名　○○　○○

透析の導入日
△ 年　△ 月　△ 日

上記の通り申請いたします。

△年　△月　△日

住民票　〒 △△△-△△△△
住所　○○県○○市○○　△-△-△
被保険者の
氏名（自署）　健保 太郎

認定日および受療証の発効日は申請書が健保に到着した月の1日（当月の途中から資格取得された方はその日から）になります。

《申請・交付ルート》被保険者 → 医療機関 → 被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合 → 被保険者
（任意継続・特例退職被保険者　→　医療機関　→　被保険者　→　健康保険組合　→　被保険者）

ホンダ健康保険組合

R7.10改定