

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 けんぼ たろう 健康保険の記号番号 記 号 番 号 1010 12345 昭和 平成 △△年 △月 △日
	認 定 対象者の 氏 名	ふりがな けんぼ たろう けんぼ 太郎 昭和 平成・令和 △△年 △月 △日生 続 柄 本人
	認 定 対象者の 住 所	〒 △△△-△△△△ 〇〇県〇〇市〇〇 △-△-△ 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	
<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 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。	
	令和 △年 △月 △日	
	名称	〇〇病院
	所在地	〒△△△-△△△△ 〇〇県〇〇市〇〇 △-△-△ Tel ××××-××××-××××
医療機関の	〇〇 〇〇	

上記の通り申請いたします。 透析の導入日 令和 △年 △月 △日

令和 △年 △月 △日

住民票 〒 △△△-△△△△
住所 〇〇県〇〇市〇〇 △-△-△

被保険者の

氏 名 健保 太郎

《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)