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

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号　　番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	（フリガナ）	生年月日　□昭和 □平成 □令和　年　月　日
住所	（〒　　ー　　）　都道府県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）	
認定対象者のマイナ保険証の保有状況	マイナ保険証を　□ 持っている　□ 持っていない	

認定対象者欄

療養を受ける方	氏名	生年月日　□昭和 □平成 □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）		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第Ⅸ因子障害 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3 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第Ⅸ因子障害等

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	
医療機関の名称	
医師の氏名	
電話	（　　）

・<u>マイナ保険証を利用している方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。
健保組合で申請書を受付後、5日程度でマイナ保険証に情報が反映されますので、マイナポータルで特定疾病の情報が登録されていることを確認してください。</u>
・マイナ保険証を利用していない方には認定証を発行します。原則として上記被保険者情報に記入した住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。※会社や病院宛の場合は、送付先の承諾が必要です。会社名、部署名、病棟、病室、医事課宛等をご記入ください。

住所	（〒　　ー　　）　都道府県
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）
宛名	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

【申請書送付先・問合せ先】
〒171-0022　東京都豊島区南池袋1-10-13　荒井ビル2階
パレット健康保険組合　医療係　TEL03-3984-7171（自動音声2→1）

常務理事	事務長			

（2026.10）

【記入例】

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	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
被保険者等記号・番号（左づめ）	000	4567890	

氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 ○○ ○ ○○
住所	（〒 ○○○－○○○○ ） 東京 都 道 府 県 ○○区△△△ 1－2－3		
電話番号（日中の連絡先）	TEL 090（○○○○）○○○○		
認定対象者のマイナ保険証の保有状況	マイナ保険証を ☑ 持っている ☐ 持っていない		

認定対象者欄

療養を受ける方	氏名	健保 花子
生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成 ☐ 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）：2

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第Ⅸ因子障害
2 人工腎臓を実施している慢性腎不全
3 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第Ⅸ因子障害等

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

医療機関の名称

医師の氏名

電話　（　）

医師から証明を受けてください。

・マイナ保険証を利用している方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。
健保組合で申請書を受付後、5日程度でマイナ保険証に情報が反映されますので、マイナポータルで特定疾病の情報が登録されていることを確認してください。
・マイナ保険証を利用していない方には認定証を発行します。原則として上記被保険者情報に記入した住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。※会社や病院宛の場合は、送付先の承諾が必要です。会社名、部署名、病棟、病室、医事課宛等をご記入ください。

住所	（〒 △△△－△△△△ ） 東京 都 道 府 県	○○区◇◇◇9－8－7 □□病院
電話番号（日中の連絡先）	TEL 03（△△△△）△△△△	
宛名	A病棟 ○○○号室 健保 花子	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

【申請書送付先・問合せ先】
〒171-0022　東京都豊島区南池袋1-10-13　荒井ビル2階
パレット健康保険組合　医療係　TEL03-3984-7171（自動音声2→1）

常務理事	事務長			

（2026.10）