

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	(〒 -)		(都 道 府 県)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				

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.人工腎臓を実施している慢性腎不全 ☐ 2.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 ☐ 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。)			
	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			

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	()			

- ・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、2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、医事課宛等を正確にご記入ください。

住所	(〒 -)	(都 道 府 県)
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	
宛名		

【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)

受付日付印

常務理事	事務長			

【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 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者情報	記号	番号	記号番号が分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	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	〇〇 〇〇 〇〇
住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	東京 〇〇区△△△				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090(〇〇〇〇)〇〇〇〇	1-2-3				

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)	1	1.人工腎臓を実施している慢性腎不全 2.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 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。)				
	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					

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。					
	上記のとおりに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	医師から証明を受けてください。				
	医療機関の名称					
	医師の氏名					
電話						

- ・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、2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、医事課宛等を正確にご記入ください。

住所	(〒 △△△ - △△△△)	東京 〇〇区◇◇◇ 9-8-7
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (△△△△)△△△△	□□病院
宛名	A病棟 〇〇〇号室 健保 花子	

【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)

受付日付印

常務理事	事務長			