健康保険　特定疾病認定申請書　【記入例】

届出日（送付日）を記入してください。

届出 令和　３年　　１日

被保険者	被保険者等 記号	被保険者等 番号	氏名	健康　太郎	所属事業所	○○○○（株）○○部　○○課 TEL（０００）１２３－４５６７　（内１２３－４５６７）
	２０	５５５５５５	生年月日	昭・平　５０年　１０月　１５日	現住所	〒　０００－１２３４ 広島市中区小町○○番○○号 TEL（０００　）９８７６　－５４３２

認定者	氏名	続柄	生年月日				性別	届出理由（該当箇所に「○」印をしてください）	住所（被保険者の住所と異なる場合に記入してください）
	フリガナ　ケンコウ　イチロウ 健康　一郎	子	昭・平・令	年 ２４	月 １	日 ８	男・女	（１）血友病 （２）人工腎臓を実施している慢性腎不全 （３）抗ウィ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省の定める者に係るものに限る	〒　－ TEL（　　）　－

被保険者確認欄　☑

この届出については，下記①または②の要件を満たしたものである。
① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。　② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者が必ずご記入ください。
記入漏れの場合は，返却させていただきます。

医師の意見	上記のとおり診療を受け[illegible]ことに相違ありません。 令和　年　月　日 所在地 医療機関名称 医師名 電話番号　（　　）　－

更正医療券[illegible]る証明（医師の意見不要）	添付書類 ○特定疾病にかかわる更正医療券（写） ○更正医療券の名称 （　　）

健保組合	伺			決定年月日			入力
	常務理事	事務長	担当	年	月	日	

（注意事項）
・本申請は、直接健康保険組合に提出してください。
・マイナ保険証を利用されている方（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。
当健康保険組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に特定疾病の情報が反映されます。
・資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。

受付印

中国電力健康保険組合