

健康保険 特定疾病認定申請書

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください
（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合 御中

受 付 日 付 印				雇用保険	交付簿	個人台帳	証	DCC
		伺 令 和 年 月 日						
		常 務 理 事		事 務 長		係		
令 和 × 年 × 月 × 日 提出								
被保険者等 記号・番号 （＊１）	記号	1010		被保険者 氏 名 生 年 月 日	健 保 太 郎 昭・平 × × 年 × 月 × 日			
	番号	99999						
被 保 険 者 住 所（居所）	〒000-0000 00県00市00町1-2-3							
認定対象者の 氏 名	健保 花子			認定対象者 の生年月日	昭・平・令 × × 年 × 月 × 日			
認定対象者の 住 所（居所）	〒000-0000 00県00市00町1-2-3					続柄	妻	
傷 病 名	1. 血友病 ②. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群							
医 師 の 意 見 欄	うえ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							
	所在地							
	医療機関の 名 称							
医 師 名								
事 業 所 所 在 地 事 業 所 名 称 事 業 主 氏 名 電 話 番 号		(事業主の証明) 未記入のまま提出してください。 提出先：各会社の健康保険担当部門(人事・総務/担当者) * 健康保険組合へ提出ではありません。						

(＊１) 被保険者等記号・番号が不明な場合は①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書（R7.12.1までは健康保険証）、④事業所の健康保険担当部門（人事・総務/担当者）のいずれかでご確認ください。

※マイナ保険証をお持ちの方はこの申請は必要ですが、認定証は発行されません。当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は申請後、認定証が発行されます。