

認定を受けられる方の氏名・個人番号
などについて記入してください。

健康保険特定疾病認定申請書

認定を受け る方	氏名											記号 番号	78-										
	個人番号																						
	生年月日	S・H・R	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女	組合員 との続柄													

療養取 扱機 関証 明欄	疾病名																			
	医師意見欄	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)																		
	上記のとおり、診療を受けていることを証明します。 令和 年 月 日																			
	医療機関名									印	所在地							
医師名：..... ⑩ 電話番号：..... ()																				
◎療養機関へのお願い 「医師意見欄」は、傷病名に関して該当するものの□に「✓点」を記入してください。 なお、申請書は、「保険医療機関及び保険医療担当規則第6条」の規定を受ける																				

治療を受けられている医師の署名・
捺印を事前に受けてください。

申請する 人(組合員)	「個人情報(含、特定個人情報)の取扱いについて」を確認し同意の上、上記のとおり特定疾 病の認定を申請します。									
	日 住 所：.....									
	申請者(組合員)氏名：.....									
	個人番号 [.....]									
電話番号：自宅 () 勤務先 ()										
組合員の住所・氏名・個人番号の記入 をお願いします。連絡先電話番号は書類 不備などの際に必要となりますので記 入してください。										
東京食品販売国民健康保険組合 殿										

処理欄	発効年月日	年 月 日	台帳処理	年 月 日
	交付年月日	年 月 日	自己負担限度額	1万円・2万円
	対象被保険者 取得年月日	年 月 日	課税証明書枚数	世帯員数 名 枚
	備考			

決裁欄	主管部長	主管課長	係	処理入力	確認

