記入例

健康保険　特定疾病認定申請書

被保険者の記入欄（該当する番号に○印）

記号・番号	9999 － 106	事業所名	○○株式会社

被保険者

氏名	生年月日
○井　○郎	平成 2 年 6 月 16 日

住所

〒　○○○－○○○○
東京都港区△町○－○－○

電話　03　（ 3000 ）　0000

受診者

氏名	生年月日	被保険者との続柄
○井　○造	昭和 34 年 7 月 13 日	父

疾病名

1　血友病（血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子障害）

(2) 人工腎臓を実施している慢性腎不全
（医師の証明欄「※」に記入が必要です。）

3　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
（血液製剤に起因するＨＩＶ感染者で厚生労働大臣の定める者に限ります。）

医療費助成

(1) 受けている
（　乳幼児　・　子ども　・　(障害)　・　ひとり親　・　その他（　　））

2　申請中（予定）

3　受けられない

受療証の送付先

1　事業所

(2) 被保険者住所

3　その他　〒　　－

電話　（　　）

◆年月日は元号でご記入ください。

記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

医師の証明欄

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 6 年 12 月 5 日

医療機関の所在地　東京都中央区○町○－○－○
名　称　○△病院
医師の氏名　□田○夫　電話 03　（ 1000 ）0000

※上記疾病名が 2 の場合は、継続性を要する人工透析開始日：　令和 6 年 12 月 2 日

【留意事項】

●医療費助成を受けている場合は受給者証の写しを**添付**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。三井健保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。
●医療機関等が「マイナ保険証」に対応できない等、証交付が必要な方は事前に給付課までご連絡ください。

健保使用欄

常務理事	事務長	課長	給付課		
				発議日	年　月　日
				発効日	年　月　日
				月額	千円
				自己負担	1 ・ 2 万円
				証交付	有 ・ 無

R7.4 三井健康保険組合