特定疾病認定申請書 記入例

セメント商工 健康保険組合｜業務第二課 03-3409-7918

健康保険 特定疾病 認定申請書

常務理事	事務長	部 長	課 長	係長・主任	担当者

（健保組合使用欄）

❶ 申請年月日　令和　〇 年 〇 月 〇 日

マイナ保険証を利用されている方には認定証は発行されません。処理が完了次第、受診時に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。）

保険者情報

❷ 被保険者等記号・番号	記号 1234　番号 5678	事業所名称	○○工業株式会社
氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭・平・令 ○○ 年 〇 月 〇 日
❸ 住所	〒 110 － 0000　東京 都・道 府・県　渋谷区○○ ×－×		
	□□マンション×××号	電話番号（日中の連絡先）	090 （ 1234 ）○○○○

【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

認定対象者

❹ 療養を受ける方	氏名 健保 花子	続柄 妻	生年月日	昭・平・令 ○○ 年 〇 月 〇 日	
❺ 疾病名（該当する番号をご記入ください。）	2	1 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 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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。）			

❻ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに特定疾病療養受療証の送付を希望する場合にご記入ください。

希望送付先

住所	〒 － 都・道 府・県	電話番号（日中の連絡先）	（ ）
あて名		被保険者との関係	

注：医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

○ 下欄に医師の証明を受けるか、診断書等の疾病にかかっていることを証明する書類を添付してください。

医師証明欄

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　年　月　日

❼ 所在地

医療機関名

医師氏名　㊞　TEL　（ ）

受付日付印

マイナンバー記入欄（被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。）

❽

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

セメント商工 健康保険組合

（令7.12）

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 申請書を提出する日付をご記入ください。

❷ 記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。

❸ 家族（被扶養者）の方の交付申請であっても、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

❹ 療養を受ける方（特定疾病療養受療証を使用される方）の氏名などをご記入ください。

❺ 該当する１～３の番号をご記入ください。

❻ 希望送付先が入院している医療機関等の場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認ください。

❼ この欄に医師の証明を受けるか、特定疾病に関する意見書もしくは特定疾病にかかったことを証明する書類（診断書等）を添付してください。

❽ ❷の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

＊ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

特定疾病にかかる自己負担限度額

特定疾病にかかる自己負担限度額は１万円です。
ただし、人工腎臓を実施している慢性腎不全の方のうち、７０歳未満の上位所得者（標準報酬月額５３万円以上の方）とその７０歳未満の被扶養者は、自己負担限度額が２万円となります。

認定証の発行

マイナ保険証を利用されている方には認定証は発行されません。この申請の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に減額認定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。）

発行期日

特定疾病の特例は、保険者の認定を受けることにより該当し、発効期日から有効となります。
※ 発効期日は申請月の１日（健康保険加入月の場合は資格取得日）となります。