

特定疾病認定申請書 記入例

常務理事	事務長	業務部長	業務課長	業務係長	担当者

健康保険 特定疾病認定申請書

＜被保険者記入欄＞

被 保 険 者	被保険者等 記号・番号	① 888 - 1234	事業所名	㈱□□□商事	
	氏名	関東 太郎	生年月日	昭・平・令 50年 4月 5日	
	住所	〒110-**** 東京都台東区〇〇X-X □□マンションXXX号			
	電話番号	03 **** * * * *			
認 定 対 象 者	氏名	関東 花子	生年月日	昭・平・令 52年12月 2日	続柄 ② 妻
	傷病名 <small>(番号に○をつけ てください)</small>	① 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 ② 血友病 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、厚生労働大臣が定めているものに限る)			

＜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。

③ 令和 年 月 日

医療機関の所在地
名称
医師名

上記のとおり申請します。

令和 6 年 12 月 2 日 ④

被保険者の 住所 東京都台東区〇〇X-X □□マンションXXX号

氏名 関東 太郎

＜留意事項＞

・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。

受付年月日

関東百貨店健康保険組合 御中

- ①** 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
(保険証)」に記載されています。
不明の場合は未記入でご提出く
ださい。
- ②** 戸籍上の被保険者との続柄をご記
入ください。(長男、二男、長女、
二女等)
- ③** 医師の意見欄に証明を受けて申請
してください。
- ④** 被保険者(申請者)本人の自署の場
合は、押印を省略できます。

- 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歳未満で標準報酬月額53万円以上の方は、自己負担限度額が2万円となります。
- 対象特定疾病**
- 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)
- 注意事項**
 特定疾病の高額療養費の特例は、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初日(健康保険加入月の場合は資格取得日)となります。