

三菱UFJニコス健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当者

記入例

健康保険 特定疾病 認定申請書

以下のとおり特定疾病の認定を申請します。

令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日

被保険者情報	記号・番号	記号 ××	番号 ×××××
	フリガナ	ケンポ タロウ	
	氏名	健保 太郎	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日 <input type="checkbox"/> 令和
	事業所名	三菱UFJニコス株式会社	連絡先 内線 ×××-××××
	所属	×××部 ××××グループ	外線 ×××-××××-××××
	自宅住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 ××× - ××××	×× 都道府県 ××区××1-2-3 Tel ××× - ×××× - ××××

認定対象者欄	フリガナ	ケンポ ハナコ	
	療養を受ける方の氏名	健保 花子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日 <input type="checkbox"/> 令和
	疾病名 1~3の疾病に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、厚生大臣の定める者に係るものに限る。)

医師の意見欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。		
	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		
	医療機関の所在地	〒105-0001 東京都港区青山1-2-3	
	医療機関の名称	青山病院	
	医師の氏名	青山 一郎	
電 話	03-3815-1234		

- ・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。
- ・資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。認定証は原則として被保険者情報に記入した所属先又は自宅住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。

住 所	〒 ××× - ××××	×× 都道府県 (県) ××市××区××町1-2-
電話番号 (日中の連絡先)	Tel ××× - ×××× - ××××	マンション××××405
宛 名	健保 次郎	

- ・記号・番号を記入した場合は不要です。
- ・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。

被保険者のマイナンバー記載欄