

三菱UFJニコス健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当者

## 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					
	氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	事業所名	連絡先 電話番号		内線		
	所 属			外線		
	自宅住所	〒	-	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	-	-			

認 定 対 象 者 欄	フリガナ			生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	療養を受ける 方の氏名							
疾病名 1～3の疾病に該当 する番号をご記入 ください			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							
	医療機関の名称							
	医師の氏名							
電 話								

・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
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	-	-
宛 名			

・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																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--