

常務理事	事務長		担当

健康保険 特定疾病認定申請書

※証の交付は、資格確認書の交付を受けている者に限られます

個人番号（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要）																				
※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード（両面）の写し のいずれか1点・上記①または②を添付の場合は、 運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点を添付してください。																				

被保険者情報	被保険者等	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話（内線）
	社員番号				
	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	申請者住所 電話番号等 （日中の連絡先）	〒	電話（ ）		
	メールアドレス				

認定対象者欄	療養を受ける方	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住所	〒			
	電話番号 （日中の連絡先）	電話（ ）	続柄		
	疾病名 （該当に○）	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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。）			

医師の意見欄	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				
	所在地				
	医療機関				
	名称				
	医師名				
電話					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者氏名

トップグループ健康保険組合 理事長 殿

受付日付印