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	○○○株式会社　○○支店 電話（内線）　03-1234-5678（123）	
	100	○○○○○			
社員番号	○○○○○				
氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ　ケンポ　タロウ 健保　太郎		生年月日	昭和（○） 平成 ６０ 年 ５ 月 ２０ 日	
申請者住所 電話番号 等 （日中の連絡先）	〒○○○－○○○○ 東京都○○区○○町１－１－２　△△マンション２０１号室 電話　03　（ 9876 ）　5432				
メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp				

認定対象者欄				
療養を受ける方	ﾌﾘｶﾞﾅ　ケンポ　ハナコ 健保　花子	生 年 月 日	昭和（○） 平成 令和 ６２ 年 １２ 月 １２ 日	
住所	〒○○○－○○○○ 東京都○○区○○町１－１－２　△△マンション２０１号室			
電話番号 （日中の連絡先）	電話　03　（○○○○）○○○○		続柄	妻
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

この欄は医師に記入を依頼してください

電　話

上記のとおり申請します。

令和　○　年　○　月　○　日　　被保険者氏名　健保　太郎

トップグループ健康保険組合　理事長 殿

受付日付印