

- ・ 特定疾病の特例は、保険者の認定を受けることで該当し、発行期日から有効となります
- ・ 発行期日は申請月の1日（健康保険加入月の場合は資格取得日）となります

健康保険 特定疾病 認定申請書

被保険者（申請者）記入用

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	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][][][][][]	本籍社員番号 記号番号記入の場合は記入の必要はありません	←記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認ください		
	氏名	(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 [][][][][][]
	住所	(〒 -)		都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
	本籍会社名	記号が7から始まる方は記入の必要はありません					

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	疾病名 (1から3の疾病に該当する 番号をご記入ください)	<input type="checkbox"/> 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。）			

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	()				

- ・ 特定疾病療養受領証を発行します。
上記被保険者情報に記入した住所と別のところへ送付を希望する場合にご記入ください。
- ・ 本申請により、マイナ保険証による受診時に原則、特定疾病療養受領証の医療機関等窓口への提出は不要となります。
(オンライン資格確認が利用できない医療機関等がございますので、受領証を携帯されることを推奨します)

住所	(〒 -)	都 道 府 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	
宛名		

【提出先】

＜郵送＞※社内便利用可
〒105-5135 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル南館
オリックスグループ健康保険組合 給付 係

受付日付印

＜健康保険組合処理欄＞

常務理事	事務長	担当