令和6年12月更新

健保組合使用欄

発送元		常務理事	部　長	課　長	係　長	係	公印使用
事	労						

健康保険　特定疾病療養受療証　再交付申請書

被保険者（申請者）記入用

以下のとおり特定疾病証の再交付を申請します。　　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 ※ 記号・番号が分からない場合は、マイナポータルや資格情報のお知らせ等でご確認ください。	【注意】マイナ保険証※1を持っている方には認定証は交付されません。 下記に該当する場合は、交付いたしますので☑と（ ）内をご記入ください。 ☐ マイナ保険証非対応医療機関等を受診するため （医療機関等名称：　　）
氏名	（フリガナ）	生年月日　☐昭和 ☐平成　年　月　日
住所	（〒　　－　　）　　都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　　（　　）	

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

認定対象者欄

療養を受ける方	氏名	生年月日　☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 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）	☐	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。）

再交付理由

※該当の再交付理由を〇で囲ってください。

その他の場合は、その理由を（　）内にご記入ください。

滅失

き損

その他　（　　）

※1：マイナ保険証⇒健康保険証としての登録をされているマイナンバーカード

- **マイナ保険証をお持ちの方には、認定証は発行されません。**
- 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。
- 交付された認定証（特定疾病療養受療証）は、その認定疾病に係る療養が終わるまで保管し、療養が終わったとき（腎移植等）は、速やかに当組合へ返送してください。

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

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印