**40～64歳の方はこちらも提出してください。（ 第2号被保険者）**

※下記の特定疾病に該当するか主治医に確認の上、該当疾病にチェックをしてください。

|  |
| --- |
| * 関節リウマチ |
| * 筋萎縮性側索硬化症 |
| * 後縦靭帯骨化症 |
| * 骨折を伴う骨粗しょう症 |
| * 初老期における認知症 |
| * パーキンソン病関連疾患 |
| * 脊髄小脳変性症 |
| * 脊柱管狭窄症 |
| * 早老症 |
| * 多系統萎縮症 |
| * 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿性網膜症 |
| * 脳血管疾患　※外傷性のものは除く |
| * 閉塞性動脈硬化症 |
| * 慢性閉塞性肺疾患 |
| * 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |
| * がん（がん末期） |

※医療保険証の写しを添付してください。（別添でも結構です。）

|  |
| --- |
| 貼付欄 |