

常務理事		健保 担当者

健康保険 特定疾病 認定申請書

被保険者の記入欄	被保険者等 記号・番号		記号	番号	マイナンバー ※記号・番号が分からない場合は記入してください - -		
	被保険者 氏名	フリガナ	生年月日		昭 平 令	年	月 日
	認定対象者 氏名	フリガナ	生年 月日	昭 平 令	年	月 日	被保険者 との続柄
	傷病名 (該当に○)	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 または先天性血液凝固第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 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)					
	希望送付先 (※)	1. 会社へ送付 2. 自宅へ送付 3. その他住所へ送付	3. その他住所へ送付を希望する場合にご記入下さい。 住所 〒 宛名				

※マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。  
当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に特定疾病の情報が反映されます。  
※資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。送付先をご指定ください。

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ご添付ください。

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
	医療機関の所在地	
	医療機関の名称	
	医師の氏名	
	電話番号	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者	住所	〒
	氏名	