

常務理事	事務長	業務課長	担当者

## 健康保険 特定疾病 認定申請書

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 記 入 欄	被保険者等	記号	番号	生年 月日	昭 平 年 月 日
	被保険者 氏名	フリガナ			
	住所	〒 ー 都道 府県 電話 ( )			
	認定対象者 氏名	フリガナ	生年 月日	昭 平 令 年 月 日	
	疾病名 該当する番号 を○で囲む	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 又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 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 印 電話番号				

・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。認定証は原則として被保険者記入欄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。

送 付 希 望 先	被保険者記入欄に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。			
	〒 ー 都道 府県 電話 ( )			
宛 名				

受付日付印