

交付 No.	
認定日	令和 年 月 日
交付日	令和 年 月 日

[健保]		
常務理事	事務長	担当

健康保険 特定疾病認定申請書

※申請前に下記の注意事項を必ずお読みください

- 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るため、そのままマイナ保険証にて受診ください。

- 資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。認定証は当組合で登録している居住所へ郵送します。

* 太枠線内を記入してください

提出日	令和 年 月 日	注)氏名自署の場合は印不要
被保険者等記号・番号	被氏 保 険 者 名	フリガナ (氏) (名) 印
事業所名称	所属	電話
	(TEL:)	
対象者が被扶養者の場合その氏名	続柄	昭平令年月日生
対象者の住所		
傷病名	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 または、先天性血液凝固第IX因子障害等 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)	
医療機関の窓口で、10,000円／月の自己負担はありますか	ある	ない

医師の意見欄	上記の通り、診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関の名称 医師名 TEL
	印
	受付日付印