

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	フリガナ					
記										保	(氏)	(名)	印			
号										険						
										者						
										名						
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		昭	年	月	日	生
										柄		平				
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 (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)						
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
	印
	印

受付日付印