

決 裁	常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係

受付日付印

健康保険 特定疾病 認定申請書

被保険者(申請者)記入用

※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。
当組合の事務手続き完了次第、マイナ保険証による受診時に減額認定の情報が反映されます。
また手続きが完了しましたら、認定内容を書面にて通知いたします。
※資格確認書をお持ちの方には認定証を発行いたします。

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 情 報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)				
	氏名	(フリガナ)	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)		TEL ()			

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	氏名	生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	疾病名 (1から3の疾病に該当する 番号をご記入ください)	☐ 1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固Ⅸ因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗HIV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	下欄に医師の証明を受けてください。				
	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		()			

・上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。
※病院もしくは職場に送付の場合、住所に併せて部署名および科（課）名まで詳しくご記入ください。

住所	(〒 -)	都 道 府 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	
宛名		