

健康保険
特定疾病認定申請書

常務理事	事務長	課長	係

健 保 組 合 使 用 欄	伺 年 月 日	令和 年 月 日		
	標 準 報 酬 額 月	千円	所得 区分	
	発 効 期 日	令和 年 月 日から有効		
	交 付 番 号			

以下のとおり特定疾病の認定を申請します。令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等の 記 号 ・ 番 号	記号 番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください 		
	被 保 険 者 の 氏 名			被保険者 の 生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	被 保 険 者 の 住 所	〒 ()				
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	昭・平・令 年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄	
	疾 病 名 該当する番号に○を つけてください	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 (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。)				
	認定証の送付先	事業所経由 ・ 上記住所へ郵送			どちらか選択してください	

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。(導入日:令和 年 月 日)
	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

・ 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患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。

受 付 年 月 日