

健康保険 特定疾病 認定申請書	常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

◇ 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、特定疾病療養受療証は発行されません。
当組合の事務処理が完了しましたら、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、特定疾病療養受療証を発行いたしますので、医療機関等の窓口にて提示してください。

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	住所	〒 ー		電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
認定対象者	認定証を 使用される方	氏名	続柄	生年月日	年 月 日
	疾病名 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。)			

希望送付先	希望送付先へ○ をつけてください (注)	被保険者住所	事業所住所	その他
	送付先が被保険者 住所以外の場合にご 記入ください	〒 ー	電話番号 (日中の連絡先)	()
	あて名		被保険者 との関係	

注:医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

○ 下欄に医師の証明を受けてください。

医師証明欄	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
	所在地	
	医療機関名	
	医師氏名	電話 ()

◎ 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

受付日付印

※健保組合使用欄
証発行 あり ・ なし