

常務理事	事務長	部・課長	係長	主任	主務	係員

健康保険 特定疾病認定申請書

		※健保組合記入欄			
被保険者等 記号・番号※	—	標準報酬月額	千円	自己負担 限度額	1万円・2万円
被 保 険 者	氏名		生年月日	昭・平	年 月 日
	住 所	〒			
	事業所名 事業所所在地	〔 〒]			
認 定 対 象 者	氏 名		生年月日	昭・平・令	年 月 日 続柄 ()
	疾病名	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因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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者に限る。)			
認定証の送付先		・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）は、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ます。			
		1.被保険者自宅 2.事業所 3.その他 〔 住所・宛名 〒]			

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。 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 電話番号
----------------------------	---

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認ください。