| 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 | | | |
|---|---|---|---|
| 標準報酬月額 | 千円 | 自己負担限度額 | 1万円・2万円 |

| 被保険者等記号・番号※ | 123　－　456 |
|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 氏名 | 健保　太郎 | 生年月日 | 昭・(平)　5年　5月　3日 |
| | 住　所 | 〒171-0014<br>東京都豊島区池袋〇ー〇ー〇 | | |
| | 事業所名<br>事業所所在地 | 芝浦運送株式会社<br>〒108-0023<br>東京都港区芝浦〇ー〇ー〇 | | |
| 認定対象者 | 氏　名 | 健保　花子 | 生年月日 | 昭・(平)・令　5年　5月　10日<br>続柄（　妻　） |
| | 疾病名 | (1.)人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>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<br>3.抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群<br>（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<br>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　4年　6月　1日 |
| | 医療機関の所在地　〒170-0011<br>東京都豊島区池袋本町 |
| | 医療機関の名称　池袋クリニック |
| | 医師の氏名　港　一郎 |
| | 電話番号　03-0000-0000 |

※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。