

常務理事	事務長	担当者	

健康保険 特定疾病 認定申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	1 2 3 ・ 4 5 6 7	事業所名称	〇〇〇〇株式会社	
	氏 名	健 保 太 郎	生年月日	昭和・平成 ××年 ××月 ××日	
	住 所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇 電話 1 2 3 4 (5 6) 7 8 9 0			

認定対象者欄	氏名	健 保 花 子	生年月日	昭和・平成・令和 ××年 ××月 ××日	続柄	妻
	疾病名	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 また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、厚生労働省の定める者に係るものに限る。)				

医師の証明欄	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
	医療機関の所在地	医療機関記入欄	
	医療機関の名称		
	医師の氏名		
	電話番号		

マイナ保険証を利用されている方には、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病の情報が反映されます。

上記のとおり特定疾病の認定を申請します。

令和 ××年 ××月 ××日

受付日付印
