

健康保険 特定疾病認定申請書

届出 令和 年 月 日							
被保険者	被保険者等		氏名			所属事業所	TEL () - (内 -)
	記号	番号					
			生年月日	昭 年 月 日	現住所	〒 - TEL () -	

認定者	氏名	続柄	生年月日	届出理由 (該当箇所に「○」印をしてください)	住所 (被保険者の住所と異なる場合に記入してください)
	フリガナ	昭 年 月 日	(1) 血友病 (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	〒 - TEL () -	

被保険者 確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
-------------	--------------------------	--

医師の 意見	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 医療機関名称 医 师 名 電 話 番 号 () -				添付書類 更正医療券 による証明 (医師の意見不要)
-----------	--	--	--	--	-------------------------------------

健保組合	同		決定年月日	入力	(注意事項) ・本申請は、直接健康保険組合に提出してください。 ・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。 当健康保険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。 ・資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。	受付印
	常務理事	事務長	担当	年 月 日		