

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 平 年 月 日	現住所

氏 名	続柄	生 年 月 日			届 出 理 由	住 所
					(該当箇所「○」印をしてください)	(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 平 令	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) 抗ウィ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。		添付書類
	令和 年 月 日		○特定疾病にかかわる更正医療券（写）
	所 在 地		○更正医療券の名称
	医療機関名称		{ }
	医 師 名		
	電 話 番 号 () —	(医師の意見不要)	

健 保 組 合	伺			決 定 年 月 日			入 力
	常務理事	事務長	担当	年	月	日	

(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