常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険 特定疾病 認定申請書

被保険者が記入する欄	フリガナ		被保険者等記号	
	被保険者氏名 生年月日	昭・平　年　月　日	被保険者等番号	
	フリガナ 認定対象者の氏名 生年月日	昭・平・令　年　月　日	被保険者との続柄	
	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因子障害又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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）		
	記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。			
	備考欄			
	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）			

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

- **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。認定証は原則として被保険者の住所に送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。

住所	〒
宛名	電話番号

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

〒

被保険者の住所

被保険者の氏名

電話番号