

受療証交付伺	伺年月日	令和 年 月 日
	決済年月日	令和 年 月 日
	標準報酬月額	千円

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係

健康保険 特定疾病認定申請書

マイナンバーカードをマイナ保険証として利用登録されている方には、認定証は発行されません。
申請書受付後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減額認定の情報が反映されます。
反映には5営業日程度要します。 反映状況はマイナポータルにてご確認ください。

下記のとおり特定疾病の認定を申請します。 令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者等 記号番号	—		被保険者等記号番号がご不明な場合、マイナポータルや資格情報のお知らせ等でご確認ください。			
	氏名			生年月日	昭 平	年 月 日	
	自宅住所	〒 —		電話番号(日中の連絡先) ()			
	事業所名			所在地			

認定対象者	氏名		続柄		生年月日	昭 平 令 年 月 日
	疾病名	該当する疾病に○をしてください。 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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)				

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 ()

送付希望先	※認定証を上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合、ご記入ください。	
	住所	〒 —
	宛名	電話番号(日中の連絡先) ()

受 付 印

※ 該当となるのは証の交付を受け、医療機関へ提示した場合のみです。

備考欄

※被保険者等記号番号を記入した場合、マイナンバーの記載は不要です。