

常務理事	事務局長	次 長	業務課長	担当課長	係 長	係

## 健康保険 特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

被保険者が記入する欄	被保険者 記号・番号	—		勤め先 事業所名			
	被保険者 氏名			被保険者 生年月日	昭 和 平 成	年	月 日
	認定対象者 氏名			認定対象者 生年月日	昭 和 平 成 令 和	年	月 日
	被保険者との 続柄		住所	〒 - TEL ( )			
	疾病名 1から3の疾病に 該当する番号を ご記入ください	該当番号 <input type="checkbox"/>	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				
	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						
	<b>【確認事項】</b> ・マイナ保険証の利用登録をされている方は、 本申請の処理が完了次第、 <b>マイナ保険証による受診時に特定疾病認定の情報が反映されます。</b> <small>※特定疾病療養受療証の提示は不要です。</small> ・資格確認書をお持ちの方（マイナ保険証の利用登録がされていない方）には特定疾病療養受療証の発行が必要です。 下記の発行要否欄にて「発行が必要」に✓を入れてください。 特定疾病療養受療証が発行されましたら、速やかに医療機関の窓口へ提示してください。						
特定疾病療養受療証 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行不要（マイナ保険証 登録済） <input type="checkbox"/> 発行が必要（マイナ保険証 未登録） <small>※「発行が必要」の場合 希望送付先 →    <input type="checkbox"/> 事業所    <input type="checkbox"/> 被保険者住所</small>						
備考							

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 名 称						
医 療 機 関 の 所 在 地							
医 師 の 氏 名	Ⓜ						

受付印

※健康保険組合使用欄

認定証交付	有 ・ 無
発効年月日	令和 年 月 日