

健康保険 特定疾病 認定申請書

| 常務理事 | 事務長 | 次長 | 課長 | 係長 | 係 |
|------|-----|----|----|----|---|
| | | | | | |

以下のとおり特定疾病的認定を申請します。

令和 年 月 日

| | | | | | | |
|----------------------------|---------|--------|----|------------------|----------------|-------------|
| 被 保 險 者 情 報 | 記号・番号 | 記号 | 番号 | 生年 月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 |
| | 氏名 | (フリガナ) | | | | |
| 住所 | (〒 -) | | | 都 道 府 県 | | |
| 電話番号 日中の連絡先 | TEL () | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|--|----|----------|----------------|-------------|--|
| 認 定 対 象 者 欄 | 療養を 受ける方 | 氏名 | (フリガナ) | | | |
| | | 続柄 | 生年 月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | |
| 疾病名 該当する番号 に○をつけて 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。) | | | | | |

| | | | | |
|----------------------------|---------------------------|--|--|----------|
| 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 | () | | | |

| | | | | | | |
|--|---------|--|--|------------------|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・マイナ保険証をお持ちの方に「特定疾病療養受療証」を交付することはできません。 ・マイナ保険証の保有状況の確認を行い、原則保有していない方に「特定疾病療養受療証」を交付します。 ・マイナ保険証での受診は、当健康保険組合の事務処理完了後に特定疾病の情報が反映されます。 ・マイナ保険証を保有していない方に受療証を交付します。原則として被保険者情報の住所へ送付しますが、別の住所に送付を希望する場合は、下記の住所等を記入してください。 | | | | | | |
| 住所 | (〒 -) | | | 都 道 府 県 | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL () | | | | | |
| 宛名 | | | | | | |

- ・当健康保険組合が申請書を受理した月の1日から有効となります。
(受理した月の途中に取得、認定された場合には取得日、認定日から有効)

受 付