

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

決 裁			
常務理事	事務長	グループ長	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	被保険者等 記号・番号	記 号	1 1 1	番 号	2 2	被保険者氏名	積水 太郎				
		生年月日	昭 平 〇〇 年 4 月 1 日								
	認定対象者の 氏 名	積水 花子			認定対象者の 生年月日	昭 平 令	〇年 5 月 1 日	被保険者 との続柄	妻		
	認定対象者の 住 所	〒111-1111 大阪市〇〇区〇〇〇2-2 TEL (**) *****									
	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群									
	医療費窓口負担について (該当する方に☑してください)	<input type="checkbox"/> 無		医療費助成を受けている方(後日申請し、還付を受けられる方も含む)							
	<input checked="" type="checkbox"/> 有		医療費助成を受けていない方								
備 考 欄	被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ被保険者のマイナンバーを記載してください。										
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 〇〇 年 〇 月 〇 日 医療機関の 名 称 〇〇 病院 所在地 大阪市〇〇区〇〇〇1-5 医師名 健保 一代 電 話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇										
上記のとおり申請します。 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 住 所 大阪市〇〇区〇〇〇2-2 被保険者 氏 名 積水 太郎											

【証交付についての注意事項】

- ・マイナ保険証を利用されている方には、認定証は交付されません。
当組合で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。
- ・当組合の被保険者証をお持ちの方には、経過措置期間終了まで認定証が交付されます。
- ・マイナ保険証を利用されていない方(資格確認書をお持ちの方)には、認定証が交付されます。

