

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	番 号	被保険者氏名		
				生年月日	昭・平	年 月 日
	認定対象者の 氏 名			認定対象者の 生年月日	昭・平・令	年 月 日
	認定対象者の 住 所	〒				
	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				
	医療機関での窓口負担について <small>(該当する方に☑してください)</small>	<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)		
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。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 医療機関の 名 称 所在地 医師名 電 話					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

【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。

受付年月日