常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

健康保険　特定疾病　認定申請書

被保険者等記号・番号

記　号		番　号		被保険者氏名	
住　所	〒　　－ 電話　　（　　）				

認定対象者氏名	続　柄	生　年　月　日
		昭和・平成・令和　　年　　月　　日

・マイナ保険証の登録をされている方には、特定疾病療養受療証は発行されません。
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特定疾病の情報が反映します。
・マイナ保険証の登録がされていない方には、特定疾病療養受療証を発行します。

医師の意見欄

上記の者は、下記の疾病（○印で表示）により診療を受けていることを証明する。

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。）

証明した日：令和　　年　　月　　日
透析開始日：令和　　年　　月　　日

医療機関　所在地
名　称
電　話　　（　　）
医師名

6.12 改