健康保険　**特定疾病認定申請書**

被保険者が記入するところ

①被保険者等 記号・番号	記号		②被保険者氏名	
	番号			
③被保険者 住所・電話番号	〒　　—		TEL　　（　　）	
④被保険者生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		⑤所属会社名	
⑥療養を受けている方	☐ 被保険者(本人)　☐ 被扶養者(家族) ➡被扶養者の氏名・生年月日を下記へ記入して下さい			
	被扶養者 氏名		被扶養者 生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
⑦疾病名 （該当する箇所に✓をつけてください）	☐ 人工腎臓を実施している慢性腎不全			
	☐ 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第Ⅸ因子障害			
	☐ 抗ウィ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）			
⑧受領証について	☐ 受療証の発行を希望しない **※マイナンバーカードにて医療機関等を受診される場合、受療証は不要です** ☐ 受療証の発行を希望する			

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。

年　　月　　日

医療機関所在地

医療機関名称

医師の氏名

電話番号

＜注意＞

マイナ保険証を利用し受診する場合、申請書をご提出いただき当健保での事務処理が完了次第、特定疾病の情報が反映されますので、医療機関等への受療証提示は不要です。資格確認書などマイナ保険証以外で受診される方のみ、受療証提示が必要となります。

— 受付印 —

健保使用欄						
	資格取得日	年　　月　　日	常務理事	事務長	事務次長	担当
	扶養認定日	年　　月　　日				
	標準報酬月額	千円				