

健保 使用欄	常務理事	事務長	課長	担当	交付年月日	年 月 日
					発行年月日	年 月 日
					標準報酬月額	千円
					限度額	1万 ・ 2万

健康保険 特定疾病療養受療証 認定申請書

以下の通り確認しましたので、特定疾病療養受療証を申請します。申請日：2024年11月10日

- ・マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。
- ・当健保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されます。
- ・資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。

※1 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。

被 保 険 者 情 報	記号と番号※1		事業所名	
	記号	番号		
	8	1234	●●●● 株式会社	
	フリガナ	ケンポ タロウ	生年月日	
	氏名	健保 太郎	昭和 平成	1年1月1日
住所 電話番号	〒799-0403 愛媛県四国中央市三島朝日2丁目12番45号 TEL: 090 (●●●●) ▲▲▲▲			
認 定 申 請 対 象 者	フリガナ	ケンポ タロウ	生年月日	
	氏名	健保 太郎	昭和 平成 令和	1年1月1日
	マイナ保険証を 持っている ・ 持っていない ※必ずどちらかに○をしてください			
疾 病 名	1. 人工透析を実施している慢性腎不全 2. 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 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かかるものに限る)			

下欄に医師の証明を受けてください。

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。	
	年 月 日	医療機関側で記入
	医療機関の所在地:	
	医療機関の名称:	
医師の氏名:		