

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： 年 年 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	
	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		昭和 平成 年 月 日
	住 所 電話番号	〒 ー TEL : ()	
認 定 申 請 対 象 者	フリガナ	ケンポ タロウ	生 年 月 日
	氏 名		昭和 平成 令和 年 月 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 ☞該当する項目に○ 印を付けてください	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
	医療機関の所在地：
	医療機関の名称：
	医 師 の 氏 名：