

健康保険

特定疾病 認定申請書

被保険者（申出者）記入用

下記のとおり特定疾病の認定をを申請します。

申請日 年 月 日

特定疾病に該当するとき

(血友病・人工透析を必要とする慢性腎臓疾患の長期療養患者・血液凝固因子製剤によるHIV感染症)

被 保 険 者 情 報	記号 (1か2か3)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください
氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	

認 定 対 象 者 欄	療養を 受ける方	(氏名)	続柄	生年月日	年 月 日
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	該当する疾病名に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している 慢性腎不全	<input type="checkbox"/> 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IX因子障害	<input type="checkbox"/> 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。)	

医 師 の 意 見 欄	下欄に医師の証明を受けてください。				
	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				
電話番号					

・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、認定証は交付されません。
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。被保険者登録住所以外の送付先を希望する場合は、
ご記入ください。

希 望 送 付 先	住所	(〒 -) 都道 府県
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()
	宛名	

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印