

## 記入見本

## 健康保険 特定疾病認定申請書

被保険者記入欄	被保険者等 記号・番号	1 - 999999	事業所名	〇〇〇〇株式会社			
			被保険者 連絡先	080-xxxx-xxxx			
	被保険者	氏 名	三菱 太郎				
		生年月日	(昭)・平 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				
		住 所	〒 xxx - xxxx 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3				
	認定対象者	氏 名	三菱 二子			続柄	妻
		生年月日	(昭)・平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				
		疾 病 名	1. 血友病 (2)人工透析を行う必要のある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群(厚生大臣が定める者)				
受療証送付先	〒 - ※マイナ保険証の保有者は、記入不要です。(注意事項①を確認ください)						

【注意】発行期日は受付した月の1日となりますので、提出日にご注意願います。

医師の意見欄	医療機関へ証明いただくよう依頼を行ってください。					

- <注意事項> ① マイナ保険証を保有されている方は当健保で処理を行うことでマイナ保険証に反映されます。  
医療機関へ受診される際は、そのままマイナ保険証を窓口にご提示ください。
- ② マイナ保険証を保有されていない方は当健保で処理を行った上、後日受療証を発行致します。  
医療機関へ受診される際は、保険証(又は資格確認証)とあわせて窓口にご提示ください。

組合記入欄	受 付 日	令和 年 月 日	自己負担限度額	1万円	2万円	
	決 定 日	令和 年 月 日	証 交 付	□ あり	□ なし	
	交 付 日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担 当	健保受付
	備 考					