常務理事	課長	ＧＬ	担当

健康保険 特定疾病認定申請書

記入日　　年　　月　　日

被保険者記入欄	被保険者記号-番号	－	事業所	名称	
				所在地	
	被保険者氏名及び生年月日	年　月　日	認定対象者氏名及び生年月日	年　月　日	
	認定対象者住所				被保険者との続柄
	疾病名	１．血友病 ２．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 ３．抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			

医師記入欄	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 医療機関の名称 所在地 医師氏名

【添付書類】
- 「身体障害者手帳」の写
- 「更生医療券」が発行されている場合は、その写
- 「心身障害者医療費受給者証」が発行されている場合は、その写
- その他助成を受けていることを証明する医療費受給証等が発行されている場合は、その写

マイナ保険証を利用されている方には、認定証は発行されません。
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減額認定の情報が反映されます。