

決 裁	常 務 理 事		主 事		担 当 者	
	受 付		年	月	日	
	決 定		年	月	日	

## 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		被保険者氏名		
			生年月日	年 月 日	
	認定対象者の 氏名		認定対象者の 生年月日	年 月 日	
				被保険者 との続柄 本人・家族	
	認定対象者の住所				
	疾 病 名	1 血友病 (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) 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 (透析開始年月： 年 月) 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V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 証 明 欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。				
	年 月 日				
	所 在 地				
	医療機関 名 称				
	医 師 の 氏 名				
	電 話				
上記の通り健康保険特定疾患療養受領証の交付を申請いたします。					
	年 月 日				
	住 所				
	被保険者 氏 名				
黒崎播磨健康保険組合理事長 殿					

※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。

黒崎播磨健康保険組合(216) 2024.12

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。