

常務理事	事務長	係

健康保険 特定疾病 認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 氏名及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者等の 記号一番号	—
	認定対象者 氏名及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄	☐ 本人 ☐ 被扶養者
	住 所	〒 電話番号： ()		
	疾 病 名 該当疾病に ☒	☐ 血友病 ☐ 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 ☐ 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因子障害等		
	☐ 本申請書の提出に関する手続きを事業主へ委任することに同意いたします。(☒ 確認)			

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。		
	令和 年 月 日		
	名 称		
	医療機関の		
	所 在 地		
医 師 名 ⑩			

・ 被保険者等の記号-番号は、[資格確認書]またはマイナポータルの[健康保険証情報]をご確認ください。
・ 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。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

⑩

ミツバ健康保険組合 理事長 殿