

# 健康保険 特定疾病 認定申請書

以下のとおり特定疾病の認定を申請します。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号 番号 —	申請日	令和	年	月	日	
	氏名	(フリガナ)	印 <small>※被保険者が自ら署名する 場合には捺印不要</small>	生年 月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	住所	〒						
	電話番号							

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	(フリガナ) 氏名	生年 月日	昭和・平成・令和 年	月	日	被保険者 との続柄
	疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 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 3. 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	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。								
	名称	年						月	日
	医療機関の 所在地								
	電話番号								
医師名							印		

- ・本認定を受けた方には、全員に特定疾病療養受療証を交付します。
  - ・特定疾病療養受療証は、資格喪失時や不要になった時に必ず健保へご返却ください。
  - ・受診の際には、マイナ保険証もしくは特定疾病療養受療証を医療機関等窓口にご提示ください。
- ※当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証にも特定疾病の情報が反映されます。

ブリヂストン健康保険組合			
係		事務長	常務理事

受付日付印
-------