

同年月日	令和	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係長	係

特定疾病療養受療証交付申請書

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。

以下のとおり特定疾病の認定を申請します。

令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号		記号番号が分からない場合はマイナナンバーを記入してください		
	記号	番号			
	被保険者氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日
	事業所名称	被保険者の住所			

認 定 対 象 者	氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	
	傷病名 (番号に○を付けてください)	<ol style="list-style-type: none"> 1 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(血友病) 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全(人工透析) 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 証 明 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
	医療機関の所在地		
	医療機関の名称		
	医師の氏名 電話番号		

