健康保険　特定疾病認定申請書

被保険者の記入欄（該当する番号に○印）	記号・番号	―	事業所名	

被保険者	氏名	生年月日
		年　月　日
	住所	
	〒　―	電話　（　）

受診者	氏名	生年月日	被保険者との続柄	
		年　月　日		
	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因子又は第Ⅸ因子障害） 2　人工腎臓を実施している慢性腎不全 （医師の証明欄「※」に記入が必要です。） 3　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 （血液製剤に起因するＨＩＶ感染者で厚生労働大臣の定める者に限ります。）		
	医療費助成	1　受けている （　乳幼児　・　子ども　・　障害　・　ひとり親　・　その他（　）） 2　申請中（予定） 3　受けられない		
	受療証の送付先	1　事業所 2　被保険者住所 3　その他　〒　－ 電話　（　）		

◆年月日は元号でご記入ください。

記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

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。　年　月　日 医療機関の所在地 名　称 医師の氏名　電話　（　）
	※上記疾病名が２の場合は、継続性を要する人工透析開始日：　年　月　日

【留意事項】

●医療費助成を受けている場合は受給者証の写しを**添付**してください。

●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。三井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。

●医療機関等が「マイナ保険証」に対応できない等、証交付が必要な方は事前に給付課までご連絡ください。

健保使用欄	常務理事	事務長	課長	給付課		
					発議日	年　月　日
					発効日	年　月　日
					月額	千円
					自己負担	1　・　2　万円
					証交付	有　・　無

R7.4 三井健康保険組合