至　事業所健保窓口経由　三井住友トラストグループ健康保険組合

健康保険 特定疾病 認定申請書

被保険者等記号・番号			事業所の名称		
被保険者	氏名		生年月日	昭和 平成　　年　月　日 令和	
認定対象者	氏名		生年月日	昭和 平成　　年　月　日 令和	
	住所			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因子障害等 3. 抗ウィ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。）			

上記の通り特定疾病の認定を申請します。

三井住友トラストグループ健康保険組合 御中　　年　月　日

被保険者　住　所　〒

氏　名

電話番号　（　　）

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。 年　月　日 医療機関　所在地　〒 名　称 医師名 **【記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください。】**

・現在有効な資格確認書を保有している方に認定証を発行します。
・マイナ保険証を利用されている方（資格確認書を保有していない方）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。

適用区分	A. 上位　・B. 一般
発効年月日	年　月　日

常務理事	事務長	担当者	

受付日	処理日