

健康保険 特定疾病 認定申請書

被 保 険 者 等 号		〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇	事 業 所 の 名 称		□□□□□□□□□□□□	
被 保 険 者	氏 名	健保 太郎	生年月日	昭和 平成 令和	△△年△△月△△日	
認 定 者	氏 名	健保 太郎	生年月日	昭和 平成 令和	△△年△△月△△日	
	住 所	□□□□□□□□□□□□			被保険者との続柄	本人
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 〒〇〇〇-〇〇〇〇〇〇 被保険者 住 所 □□□□□□□□□□□□ 氏 名 健保 太郎 電話番号 〇〇 （ 〇〇〇〇 ） 〇〇〇〇 △△年△△月△△日						
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 〒〇〇〇-〇〇〇〇〇〇 医療機関 所在地 □□□□□□□□□□□□ 名 称 □□□□□病院 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