

同年月日 令和 年 月 日 決裁年月日 令和 年 月 日

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

組合決定欄	
標準報酬月額	
千円	
自己負担限度額	
1 万円	2 万円

健康保険特定疾病認定申請書

被保険者等 記号・番号				記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入	
被保険者	氏名		生年月日		性別
	住所	〒			
	連絡先				
認定申請 対象者	氏名		生年月日		続柄
疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析） 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（血友病） 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	うえ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 名 称 _____ 医療機関 _____ 所在地 _____ 医 師 氏 名 _____
--------	--

上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 被保険者 氏 名 _____
--

東京都千代田区永田町二丁目17番2号
東京薬業健康保険組合 理事長 宛

※ _____ 枠内は被保険者が記入してください

～受療証の発行について～

マイナ保険証を利用されている方には受療証は発行されません。事務処理が完了次第、特定疾病の情報が反映されます。資格確認書をお持ちの方には「特定疾病療養受療証」を発行します。