

伺	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者
い						

## 健康保険 特定疾病認定申請書

### 【申請前に必ずお読みください】

- ◇ 特定疾病に該当する方は、マイナ保険証の保有の有無に関わらず、健保組合に申請が必要です。医師の証明を受けて健保組合に提出してください。
- ◇ マイナ保険証をお持ちの方でも、病院等の都合により受療証が必要な方には、**現行保険証の経過措置期間中（R7.12.1まで）に限り**、受療証を発行します。
- ◇ 資格確認書をお持ちの方には受療証を発行します。



被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者の氏名 および生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者等 記号番号	—
	認定対象者の 氏名及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄	
	認定対象者の 住 所			
	疾 病 名 (該当する番号に ○をつけて ください。)	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 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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	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	
	医療機関の名称	
	医師の氏名	
	電話番号	

上記のとおり健康保険特定疾病の認定を申請します。

### ※健保使用欄

受付日付印

マイナ保険証登録	有	無
資格確認書の交付	有	無
特定疾病療養受療証の交付	要	不要

静岡県信用金庫健康保険組合

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。  
マイナンバーを記入した場合は、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。  
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

〔備考〕