

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

【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。受療証の交付はマイナ保険証保有状況により異なります。該当する□に✓をつけてください。】

<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書の交付を受けている	後日特定疾病療養受療証を交付します。
<input type="checkbox"/> マイナ保険証を保有している	マイナ保険証保有者には受療証は交付されません。 マイナポータルに反映された特定疾病の情報をご自身でご確認のうえ、マイナ保険証で受診してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者の氏名 および生年月日	健保 太郎 昭・平・令 45 年 10 月 22 日	被保険者等 記 号 番 号	501-3001
	認定対象者の 氏名及び生年月日	健保 花子 昭・平・令 50 年 4 月 30 日	被 保 険 者 と の 続 柄	妻
	認定対象者の 住 所	〒422-△△△△ 静岡県駿河区駿府1-1		
	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。	令和 7 年 12 月 1 日
	医療機関の所在地	静岡県葵区追手町〇-〇
	医療機関の名称	静岡市立〇〇総合病院
	医 師 の 氏 名	〇〇 〇〇
	電 話 番 号	054-〇〇〇-〇〇〇〇

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〕