

伺／年月日 年 月 日

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

健康保険 特定疾病認定 申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等 記号一番号	□□□□ — □□□□□□		
	被 保 険 者	氏 名		
		生 年 月 日	年	月 日
	認 定 対 象 者	氏 名		
		生 年 月 日	年	月 日
続 柄				
認 定 対 象 者 住 所	〒 電話 ()			
疾 病 名	1.血友病: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.人工透析を必要とする慢性腎不全 3.抗ウイルス製剤を投与している後天性免疫不全症候群 HIV感染を含み、厚生労働大臣が定める人に限る。			
医 師 の 意 見 を 書 く 欄	上記疾病名により療養していることに相違ないことを証明する。 年 月 日			
	【医療機関】 〒 —			
	住 所			
	名 称 医師名			
	電 話			

N X グループ健康保険組合 理事長殿

上記の通り申請します。 年 月 日

被保険者住所 〒

氏名

受付年月日

※発行日は申請月の初日となります。
※マイナ保険証を所有されている方については、紙の「特定疾病療養証」は交付いたしません。
システムに登録した情報を医療機関で確認する方法となります。