記入例

	付日	承認日
万円		

常務理事	事務長	課長	担当

□資格確認書の発行を受けている
（事前確認の為、チェックをお願いします）
※マイナ保険証登録済の方への療養受療証発行はありません。

京成電鉄健康保険組合理事長　殿

健康保険　特定疾病　認定申請書

以下のとおり特定疾病の認定を申請します。　　令和　●●年●●月●●日

被保険者記入欄

被保険者情報	被保険者等記号－番号	○○　－　○○○○○	事業所名称	▽▽▽▽▽株式会社
	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください	○○○○○○○○○○○○		
	氏名	○○　○○○　印㊞		
	生年月日	昭和 平成 令和　○○年○○月○○日		
療養を受ける方	氏名	○○　○○○		
	生年月日	昭和 平成 令和　○○年○○月○○日	被保険者との続柄	△
	住所 電話番号	〒×××－×××× △△市△△　△△－△△ 電話　○○○-○○○○-○○○○		
	疾病名	1.　人工腎臓を実施している慢性腎不全 ※ 透析開始日　：　令和　○○年　○○月　○○日 2.　血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病） 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。）		

該当する傷病名に○を付けてください。1.の場合は透析開始日を記載してください。

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　　年　　月　　日

医療機関の所在地　：

医療機関の名称　：

医師の氏名　：

印

被保険者記入欄を記載後、医師の証明を受けてからご申請ください。

・マイナ保険証を利用されている方には、療養受療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。
・資格確認書をお持ちの方に、原則事業所経由で発行いたします。