交　付　日	令　和　年　月　日
発　効　日	令　和　年　月　日
取　得　日	昭和・平成・令和　年　月　日
標準報酬月額	千円
認　定　日	昭和・平成・令和　年　月　日

専務理事	常務理事	事務長	課長	係員

健康保険特定疾病認定申請書

＜申請前にご確認ください＞

マイナ保険証を医療機関等の窓口に提示すれば特定疾病の情報が反映され、特定疾病にかかる高額療養費の自己負担限度額が適用されます。ただし、適用には当健康保険組合での認定が必要ですので、この申請書でご申請ください。

また、受診する医療機関等がマイナ保険証に対応していない場合や資格確認書・健康保険証で医療機関等を受診する際に特定疾病療養受療証が必要になる場合は、この申請書で交付申請をしてください。

私は特定疾病療養受療証の交付を　□希望します　□希望しません
（いずれかの□にチェックしてください）

<table>
<tr><td rowspan="6">被保険者記入欄</td><td>被保険者の氏名及び生年月日</td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ

昭・平　年　月　日</td><td>被保険者証等記号・番号</td><td colspan="2">・</td></tr>
<tr><td>事業所の名称</td><td></td><td>事業所の所在地</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>認定対象者の氏名</td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td>認定対象者の生年月日</td><td colspan="2">昭
平　年　月　日
令</td></tr>
<tr><td>認定対象者の住所</td><td colspan="2"></td><td>認定対象者の続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>疾病名
該当する数字を○で囲んで下さい</td><td colspan="4">1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全
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
3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群</td></tr>
<tr><td>医師の意見欄</td><td colspan="4">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

名　称

医療機関の　所在地

医師名</td></tr>
</table>

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

被保険者の住所 〒.....

.....

氏名 .....

近畿電子産業健康保険組合理事長殿