

被保険者(申請者)記入用

令和 年 月 日

認定対象者欄氏名

生年
月日

☐ 昭和
☐ 平成
☐ 令和

年 月 日疾病名

1 から 3 の疾病に該当する
番号をご記入ください

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 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 ()

- ・ マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定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は認定証を発行します。認定証は原則として被保険者情報に記入した住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。

住所
$$(\overline{T} - \quad)$$

都 道
府 県

電話番号

(日中の連絡先)

TEL ()

宛名

受付目付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄