健 保 使 用 欄	常務理事	担当上司	担 当

健康保険 特定疾病 認定申請書

三谷健康保険組合 御中

以下のとおり特定疾病の認定を申請します。

令和 年 月 日

↓記号番号が分からない場合は個人番号(マイナンバー)を記入してください。

被 保 険 者 情 報	被保険者等の 記号番号	—	個人番号															
	被保険者の 氏 名				被保険者の 生年月日	昭 平 令	年	月	日									
	被保険者 の 住 所	〒 — (TEL — —)																

認 定 対 象 者 欄	認定対象者 の 氏 名				認定対象者 の生年月日	昭 平 令	年	月	日								
	疾病名 <small>該当するものに ○をしてください</small>	1.人工腎臓を実施している慢性腎不全 2.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(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。)															

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付してください。

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	
電 話	()	

【申請書送付先・問い合わせ先】

〒910-8510

福井県福井市豊島1-3-1 三谷ビル5階

三谷健康保険組合

TEL 0776-20-3155

FAX 0776-20-3169