東亞合成健康保険組合　宛

常務理事	事務長	担当者

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・番号	記号	番号	被保険者氏名			
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日					
	認定対象者の氏　　名		認定対象者の生年月日	昭 平 令　　年　　月　　日	被保険者との続 柄		
	認定対象者の住　　所						
	疾 病 名	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（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	うえのとおり診療を受けていることに間違いありません。 年　　月　　日 医療機関の 名　称 所 在 地 医 師 名　　㊞

・マイナ保険証を利用されている方には、認定証は発行されません。
当健康保険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。

備考欄	

上 記 の と お り 申 請 し ま す。

年　　月　　日

〒

（住 所）

被保険者

（氏 名）

受付印

記　入　例

東亞合成健康保険組合　宛

青字→申請者記入
赤字→病院・医師記入

常務理事	事務長	担当者

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・番号	記号	番号	被保険者氏名	東亞　太郎		
		10	99999				
	生年月日	(昭)・平・令　50　年　6　月　21　日					
	認定対象者の氏　　名	東亞　桃子	認定対象者の生年月日	(昭)平 令　50　年　6　月　21　日		被保険者との続　柄	妻
	認定対象者の住　　所	〒123-0000　　神奈川県横浜市〇〇区△△1-2-3					
	疾　病　名	(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（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	うえのとおり診療を受けていることに間違いありません。 年　　月　　日 医療機関の　名　称　●●総合病院 所 在 地　東京都〇〇区△△4-5-6 医 師 名　（医師の氏名）　㊞

・マイナ保険証を利用されている方には、認定証は発行されません。
当健康保険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。

備考欄	

上 記 の と お り 申 請 し ま す。

年　　月　　日

（住　所）　〒123-0000　神奈川県横浜市〇〇区△△1-2-3

被保険者

（氏　名）　東亞　太郎

受付印