別紙のとおり、受療証・通知書を交付いたします。

伺　日：令和　　年　　月　　日
決　裁：令和　　年　　月　　日
送　付：令和　　年　　月　　日

常務理事	事務長	部　長	副部長･次長	担当者

健康保険　特定疾病認定申請書（特定疾病療養受療証交付申請書）

被保険者が記入する欄	被保険者氏名 生年月日		昭・平　　年　　月　　日	被保険者等 記号・番号	―
	受診者	氏名 生年月日	昭･平･令　　年　　月　　日	被保険者との続柄	
		住所	〒　　－		
		疾病名 （番号に〇）	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第Ⅸ因子障害等 ２．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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）		
		マイナ保険証有無 （番号に〇）	１．有　２．無		
		受療証の交付が必要な理由※	※マイナ保険証をお持ちの方のみ		
	希望送付先 （番号に〇）		※原則として、資格確認書をお持ちの方にのみ、受療証を発行します。マイナ保険証をお持ちの方へは処理が完了した旨をお知らせする通知書を送付します。当健保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連携されます。 1. 上記受診者宛て　2. 下記被保険者宛て　3. 事業所経由被保険者宛て　4. その他〔下欄へ記入〕 〒　　－ （住所） （宛名）		

医師の意見欄	〔上記疾病名が２の場合のみご記入願います。　継続性を要する人工透析開始日　：　　年　　月　　日〕 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日 医療機関の　所 在 地 名　　称 医 師 名 電話番号　　（　　）

上記のとおり申請します。　　年　　月　　日

全国労働金庫健康保険組合　御中

被保険者の　住　　所　〒　　－

氏　　名

電話番号　　（　　）

※　疾病名2に係る更生医療券をお持ちの方は、その写しの添付があれば医師の意見欄の証明は要しません。
※　疾病名3に係る申請の場合は、裁判所より交付された裁判和解調書又は医薬品副作用被害救済･研究振興調査機構により交付された通知書の写しを添付してください。医師の意見欄の証明は要しません。

（提出先）〒101-0052　東京都千代田区神田小川町3－20　第2龍名館ビル4階
全国労働金庫健康保険組合　業務部　℡ 03(5217)3162