常務理事	事務長	担当者

受付年月日	年 月 日
決定年月日	年 月 日

健康保険 特定疾病 認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等の記号番号		—				
	被 保 険 者	氏名			事 業 所	名称	
		生年月日	年 月 日	住所			
	認 定 対 象 者	氏名				被 保 険 者 と の 続 柄	
		生年月日	年 月 日				
認定対象者の住所	〒 —		電話 () —				
疾 病 名	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(血友病) 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。)						

備 考 欄	被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)
-------	--

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。 年 月 日					
	所在地					
	医療機関の 名称					
	医師名					
	電 話 () —					
※医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ等)を使用してください。						

上記のとおり特定疾病の認定を申請します。 年 月 日

住 所 〒 —

被保険者

ユニチカ健康保険組合 殿

氏 名

電 話 () —

確 認 欄	☐ この申請については、申請者本人(被保険者)が作成したものです
-------	---