

北陸電力健康保険組合  
常務理事殿

承認	常務理事	事務長	担当・入力
承認日	令和	年	月 日
受付日	令和	年	月 日

## 健康保険 特定疾病認定申請書

被保険者氏名	
--------	--

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者等	記号				番号				
会社名					所属名				

### 認定対象者

認定を受ける者の氏名		生年月日	昭 平 令	年 月 日	被保険者との続柄	
疾病名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第ⅤⅢ因子障害または第ⅠⅩ因子障害 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 <small>(HIV感染済み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)</small>					

### 療養を担当している医師の意見

上記のとおり診療をうけていることに相違ありません。	
令和 年 月 日	
住所	
職名または住所氏名	
氏名	認印

- ・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。