

【申請前にご確認ください】

- ・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、認定証は交付できません。
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。

健康 組合 使用 欄	常務理事	事務長	担当者	受付月日	事業主側経由所属		
					長	長	担当者
	対象者の 年齢	歳	標準報 酬月額	千円	自己負担 限度額	1万円 ・ 2万円	

健康保険 特定疾病認定申請書

関西電力健康保険組合常務理事 殿

被保 険者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	健保 太郎 昭平令 35年 7月 2日	被保険者の番号	1	2	3	4	5	6	7	
	認定対象者の 氏名	健保 保子	認定対象者の 生年月日	昭平令 2年 3月 4日			被保険 者との 続柄	長女			
	認定対象者の 住所	〇〇県 □□市 △△町1-2									
	疾病名 いずれかに○を つけてください	1 血友病 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3 後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生大臣の定める者に限る）									

医 師 の 意 見 書	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									
	医療機関の名称	健康保険法施行規則第99条に、「交付その他の手続を事業主を経由して行おうとするときは、事業主及び保険者に対し、その旨の意思を表示しなければならない。」と定められていることから確認するものです。								
	医療機関の所在地									
	医師名	※押印を省略... 氏名は自筆で記入願います。								

申請方法について、以下①②のいずれかを選択し、☑を入れてください。

①上記のとおり健康保険法施行規則第99条の規定に基づき、事業主を経由して申請します。

②上記のとおり健康保険組合に直接申請します。

令和 8年 2月 10日

被保険者 氏名 **健保 太郎**

※自署の場合、押印省略可

【備考欄】

②に☑を入れた場合は、直接健康保険組合に郵送もしくは社内便で送付してください。

(令和8年3月)