

**【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	昭・平・令 年 月 日	被保険者の番号						
	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 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
	医療機関の所在地
	医師名

※押印を省略する場合、医師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 年 月 日

被保険者 氏名 \_\_\_\_\_

※自署の場合、押印省略可

【備考欄】

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

(令和8年3月)