

健康保険特定疾病認定申請書

みずほ健康保険組合 御中

※太枠内について全てご記入ください。

提出日 令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者等	記号	番号
	被保険者氏名		
	事業所名称	※任意継続者と特例退職者は記入不要です	
	行内メール番号 ※行内メール番号がある場合は必ず正確に記入してください	※任意継続者と特例退職者は記入不要です	
	所属部室店	※任意継続者と特例退職者は記入不要です	
	日中連絡がつく電話番号	／ 内線	
被保険者の住所	〒		
認定対象者欄	認定対象者氏名	被保険者との続柄	
	認定対象者生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	疾病名 1~3 いずれかに○	1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害また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。)	
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。		
	令和 年 月 日 医療機関 所在地 名称 医師名		

上記のとおり健康保険特定疾病の認定を申請いたします。

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。

※ 被保険者等記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

備考欄

【注意事項】

- 当健保組合で申請書を受付した月の1日より有効な認定証を発行します(前月に遡ることはできません)。
※申請月に資格取得した場合は、資格取得日となります。
- 資格を喪失したとき、または腎移植等により人工透析が終了した場合は速やかに組合へ返却してください。
- 在職中(休職中含む)の方の受療証は、所属先へ送付いたします。
- 自宅等への送付希望の場合は、返信用封筒(切手貼付・宛名記載)を同封してください。
- 申請書送付先及び認定証返却先

行内メール → 行内メール番号:150000 大手町本部ビル24階
みずほ健康保険組合 給付チーム 宛

郵便 → 〒100-8176 東京都千代田区大手町1-5-5 大手町タワー24階
みずほ健康保険組合 給付チーム 宛

— 受付印 —

みずほ健康保険組合処理欄		常務理事	事務長	次長	担当
発行日					
返却日					

(給付12 2024.12)