常務理事	事 務 長	担当者

健康保険 特定疾病 認定申請書

被保険者が記入する欄	被保険者氏名及び生年月日	昭・平　　年　　月　　日		記号・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	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Ⅸ因子障害 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	上記のとおり治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 所在地 医師名

上記のとおり申請します。

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

令和　　年　　月　　日

被保険者　住 所

氏 名

〔留意事項〕

・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。

R6.12.2