

同年月日 平成 年 月 日 決裁年月日 平成 年 月 日

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

		被保険者		生年月日		組合決定欄	
記号		(氏)	(名)	5. 昭	年 月 日	標準報酬月額 千円	
番号				7. 平		自己負担限度額	
		(氏)	(名)	5. 昭	年 月 日	1万円	2万円
交付申請対象者				7. 平		続柄	
被保険者の住所		〒					
疾病名		1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 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第Ⅸ因子障害 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	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。
	平成 年 月 日
	医療機関 名称 _____
	所在地 _____
医師氏名 _____ 印 _____	

上記のとおり申請します。
平成 年 月 日
被保険者 氏名 _____ 印 _____

東京都千代田区永田町二丁目17番2号

東京薬業健康保険組合 理事長 宛

- ※ 枠内は被保険者が記入してください。
- ※ 被保険者が自署する場合に限り、押印を省略することができます。