

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

組合決定欄
標準報酬月額 千円
自己負担限度額
1万円 2万円

記号	9999	被保険者		生年月日	
		(氏)	(名)	⑤. 昭	
番号	9999	東 薬	太 郎	7. 平	43 年 11 月 1 日
		(氏)	(名)	⑤. 昭	
交付申請対象者		東 薬	花 子	7. 平	52 年 1 月 4 日
被保険者の住所	〒 100-0014 東京都千代田区永田町2-17-2 TEL (03) 3581-1231				
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 31 年 4 月 1 日	
	医療機関	名称 永田町病院
		所在地 東京都千代田区永田町2-17-2
	医師氏名	総務 二郎 印

上記のとおり申請します。	
平成 31 年 4 月 5 日	
被保険者	氏名 東薬太郎 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。