

同年月日 令和 年 月 日 決裁年月日 令和 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		標準報酬月額	
番号				7. 平 年 月 日		千円	
				9. 令		自己負担限度額	
交付申請対象者		(氏)	(名)	生年月日		続柄	
				5. 昭		1万円 2万円	
				7. 平 年 月 日			
				9. 令			
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。
	令和 年 月 日
	医療機関 名称 _____
	所在地 _____
医師氏名 _____	

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日
被保険者 氏名 _____

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。