

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

				組合決定欄	
				標準報酬月額	
				千円	
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	自己負担限度額
				9. 令	1万円 2万円
		(氏)	(名)	生年月日	続柄
交付申請対象者		東薬	花子	5. 昭	妻
				7. 平 52 年 1 月 4 日	
				9. 令	
被保険者の住所	〒 110-0015 東京都台東区東上野1-27-2 Tel. 03-3833-3271				
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 4 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	

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

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。