伺年月日　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

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

健康保険特定疾病認定申請書

被保険者等 記号・番号		9999－9999		記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入		
被保険者	氏名	東薬　太郎	生年月日	1971. 11. 1	性別	男
	住所	〒　100－0015 東京都台東区東上野1-27-2				
	連絡先	03-3833-3271				
認定申請 対象者	氏名	東薬　花子	生年月日	1976. 1. 4	続柄	妻
疾病名	(1.) 人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析） 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（血友病） 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　5　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

上記のとおり申請いたします。

令和　●　年　5　月　8　日

被保険者　　氏　名　東薬　太郎

※□ 枠内は被保険者が記入してください。

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

～受療証の発行について～

マイナ保険証を利用されている方には受療証は発行されません。事務処理が完了次第、特定疾病の情報が反映されます。資格確認書をお持ちの方には「特定疾病療養受療証」を発行します。