

専務理事	常務理事	事務長	業務部長	給付課長	係長	係

*健康保険組合使用欄	伺年月日	平成 年 月 日
	施行年月日	平成 年 月 日
	交付番号	第 号
	発効期日	平成 年 月 日から有効

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

*被保険者が記入する欄	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者証の 記号・番号	
	認定対象者の 氏 名	認定対象者の 生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者 との続柄
	認定対象者の 住 所			
	疾 病 名	1. 血 友 病 (先天性血液凝固因子障害) 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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。)		

*医師の証明欄	上のおり診察を受けていることに相違ありません。			
	平 成 年 月 日			
		名 称		
		医療機関の 所在地		
		医師名 印		

上記のとおり申請します。

平 成 年 月 日

住 所

被保険者の 氏 名 印

電話番号

東京貨物運送健康保険組合理事長 殿