

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

決 裁			
部長	課長	主任	係

**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	昭和・平成 年 月 日	被保険者証 (日雇特例被保険者手帳) の記号及び番号	記号	
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	被保険者 との続柄
	認定対象者の 住 所				
	疾病名	<input type="checkbox"/> 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	
	名 称				
	医療機関の 所在地				
医 師 名					
Ⓜ					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 -

住 所

被保険者

氏 名

Ⓜ

連絡先電話番号 - -

東京電子機械工業健康保険組合 理事長 殿