

交 付 日
平成 年 月 日
年 月 日
年 月 日

常務理事	事務局長	課 長	課 長	係 長	係

## 健康保険 特定疾病療養受療証申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 氏 名	木 材 太 郎 明・大(昭)平〇〇年〇〇月 〇日	記号・番号	9 0 0 0 - 7			
	認定 対 象 者	氏 名	木 材 花 子	生年月日	明・大(昭)平 〇〇年〇〇月 〇日	続柄	妻
		住 所	〒 111-1111 江 東 区 東 陽 △ - △				
	疾 病 名	1. 血友病 ②. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群					

医 師 の 意 見 欄	うえの通り診療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 所在地					
医師名						
(印)						

東京都木材産業健康保険組合

上記の通り申請します。

平成△△年△△月 △日

〒 111-1111

住所 江 東 区 東 陽 △ - △  
被保険者 氏名 木 材 太 郎 (印)

東京都木材産業健康保険組合理事長 殿

受 付 日 付 印