

| |
|----------|
| 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 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 記号・番号 | — | | |
| | 認定 対象 者 | 氏 名 | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 続柄 | |
| | | 住 所 | 〒 — | | | |
| | 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

〒 —

住所

被保険者

氏名

(印)

東京都木材産業健康保険組合理事長 殿

受 付 日 付 印