

交 付 日
令和 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	昭・平・令 年 月 日	記号・番号	—		
	認定対象者	氏名	生年月日	昭・平・令 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	うへの通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 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。

令和 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