

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	木材太郎 昭平・令 ○○年○○月○日	記号・番号	9000 - 7	
	認定 対象 者	氏名	木材花子 昭平・令 ○○年○○月○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。 令和 年 月 日
	名称
	医療機関 所在地
	医師名

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

〒111-1111

住所 **江東区東陽△-△**
被保険者
氏名 **木材太郎**

印

受付日付印

東京都木材産業健康保険組合理事長 殿