

常務理事	事務(局)長	部 長	課 長	課長補佐	担当者

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・平 年 月 日			被保険者証の記号・番号	—	
	対象者の氏名		対象者の生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者との関係		
	対象者の住所	〒 —				標準報酬月額	千円
	疾病名	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅳ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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（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						
	所在地						
	医療機関 名称						
	医師名						

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

東京金属事業健康保険組合理事長 殿

受 付 印