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

東京金属事業健康保険組合理事長　殿

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	被保険者等 記号・番号	－	
	対象者の 氏名及び 生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	被保険者 との関係		
	対象者の 住　所	〒　　－ TEL　　（　　）	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Ⅷ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. 抗ウィ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

受付印

・マイナ保険証を利用されている方には、認定証は発行されません。ただし申請は必要になります。
・当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に特定疾病の情報が反映されます。
・資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。

※本申請により交付する「特定疾病療養受療証」の発効日は、原則として申請月（当組合の受付月）の初日となります。以前から同疾病で診療を受けている場合は、申請いただく際に当組合へご相談ください。