

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	被保険者証の 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

受付印

※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。