

| | | | | | |
|------|-----|----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係 |
| | | | | | |

No. _____

**健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書**

| | | | | |
|--------------------------------------|------------------|--|-----------------|---|
| 被 保 険 者 の 記 入 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 | — |
| | 認定対象者名 及び生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | 被保険者との 続柄 | |
| | 認定対象者の 住所 | 〒 — | | |
| | 疾 病 名 | 1. 血友病（先天性血液凝固因子障害） 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 | | |

（該当する疾病名に○をしてください。）

| | | |
|----------------------------|------------------------------------|-------|
| 医 師 の 意 見 欄 | うえのとおり、 年 月 日より診療を受けていることに相違ありません。 | 年 月 日 |
| | 医療機関の 名 称 | |
| | 所 在 地 | |
| | 医 師 名 | |

上記のとおり申請します。 年 月 日

受付日付印

住 所
被保険者 電 話 ()
氏 名

東京ニットファッション健康保険組合 理事長 様

<申請書送付先> 〒103-0004
 東京都中央区東日本橋1-5-13
 東京ニットファッション健康保険組合 審査課
 TEL 03-3861-7294