

< 記載例 >

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	健保 太郎 昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 7年 1月 1日	被保険者証の 記号・番号	9999 — 99999
	認定対象者名 及び生年月日	健保 太郎 昭・ <input checked="" type="radio"/> 平・令 7年 1月 1日	被保険者との 続柄	本人
	認定対象者の 住所	〒111-2222 東京都中央区中央1-1-1		
	疾 病 名	1. 血友病（先天性血液凝固因子障害） <input checked="" type="radio"/> 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						

忘れずに署名をもらってください。

上記のとおり申請します。

〇年 〇〇月 〇〇日

受付日付印

住 所 東京都中央区中央1-1-1

被保険者 電 話 03（3333）5555

氏 名 健保 太郎

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