

健康保険  
 特定疾病療養受療証  
 交付申請書

被保険者氏名 及び生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者の 記号及び番号	記号	番号
認定対象者の 氏名	生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	続柄	
認定対象者の 住 所	〒			
疾 病 名	1. 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血漿凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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ものに限る)			

医 師 の 記 入 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">名称 医療機関の 所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>
----------------------------	--

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所  
被保険者  
氏 名

東京都信用金庫健康保険組合理事長 殿

受付	処理

\_\_\_\_\_  
 受 付 日