

令和	年	月	日
課長	係長	係	

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	昭和・平成 年 月 日		被保険者証の 記号及び番号		
	認定対象者の 氏名		認定対象 者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	続柄	
	認定対象者の 住所					
	疾病名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病 3. HIV				

医 師 の 意 見 欄	うえのとおり診療をうけていることに相違ありません。
	令和 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。

令和 年 月 日 住所 〒
被保険者 氏名
電話 ()
東京都電機健康保険組合 殿