令　和　　年　　月　　日		
課　長	係　長	係

（　健　保　組　合　使　用　欄　）

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・令和　　年　　月　　日	被保険者等記号・番号	―
	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください			
	認定対象者の氏　　名			
	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

(R6.12)