

交 付 日
平成 年 月 日
年 月 日
年 月 日

理事長	常務	事務局長	課長	係長	係

健康保険 特定疾病療養受療証申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 氏 名	昭・平 年 月 日	記号・番号	-		
	認定対象者	氏 名	生年月日	昭・平 年 月 日	続柄	
		住 所	〒 -			
	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群				

医 師 の 意 見 欄	うへの通り診療を受けていることに相違ありません。					
	平成 年 月 日					
	名 称					
	医療機関 所在地					
医師名						
(印)						

東京都自動車整備健康保険組合

上記の通り申請します。

平成 年 月 日

〒 -

住所

被保険者

氏名

(印)

東京都自動車整備健康保険組合理事長 殿

受 付 日 付 印