

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	<b>健保太郎</b> 昭・平 ○○年○○月○日	記号・番号	<b>9000 - 7</b>			
	認定 対象 者	氏 名	<b>健保花子</b>	生年月日	昭・平 ○○年○○月○日	続柄	<b>妻</b>
		住 所	〒105 - ○○○○ <b>港区芝公園△-△</b>				
	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	うえ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	⑩

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

〒105 - ○○○○

住所 **港区芝公園△-△**  
被保険者 氏名 **健保太郎** ⑩

東京都自動車整備健康保険組合理事長 殿

受付日付印