

交付日
令和 年 月 日
年 月 日
年 月 日

常務理事	事務局長	部長	係長	係

健康保険 特定疾病受療養受療証申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 氏名	昭和・平成 年 月 日	記号・番号	—		
	認 定 対 象 者	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 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	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。
	令和 年 月 日
	名 称
	医療機関 所在地
	医師名

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

被保険者 住所 〒

氏名

東京都自動車整備健康保険組合理事長 殿

受付日付印