常務理事	事務長	部 長	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	年 月 日	被保険者証の記号及び番号	記号: 番号:		
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	年 月 日	被保険者との続柄	
	認定対象者の住所	都道 市区 府県 町村				
	疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害および先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者にかかるものに限る。)				

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。 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。

年 月 日

〒 ―

被保険者 住 所

氏 名 ㊞

受付年月日

東京都洋菓子健康保険組合理事長 殿

被保険者のﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)