常務理事	事務長	課　長	課長代理	係　長	係

健　康　保　険
特 定 疾 病 療 養 受 療 証
交 付 申 請 書

記入例

被保険者が記入する欄						
被保険者氏名及び生年月日	兵　庫　　正　夫 昭和　30　年　9　月　12　日	被保険者証の記号及び番号	記号:　90　　番号:　101			
認定対象者の氏名	兵　庫　友　利　子	認定対象者の生年月日	昭和　35　年　1　月　2　日	被保険者との続柄	妻	
認定対象者の住所	東　京　(都)道府県　世田谷　市区町村　○○3−6−5					
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。 令和　3　年　7　月　15　日 医療機関の　名　称　○○○病院 所 在 地　世田谷区○○2−11−7 医師名　田　島　　博　之

上記のとおり申請します。

令和　3　年　7　月　18　日

〒158−0024

被保険者　住　所　東京　(都)道府県　世田谷　市(区)町村　○○3−6−5

氏　名　兵　庫　　正　夫

令和　3　年　7　月　20　日提出
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バー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)