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

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	都道府県　市区町村				
	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

年　月　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)