2006.1

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	兵　庫　　正　夫 昭和・平成　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	1大正 2昭和 3平成　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。

平成 ○○ 年 10　月　26　日

医療機関の　名　称　○○○病院

医療機関の　所在地　世田谷区○○2−11−7

医師名　田　島　　博　之　　田島　印

上記のとおり申請します。

平成 ○○ 年　10　月　30　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

被保険者　氏　名　兵　庫　　正　夫　　兵庫　印

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)