

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

記 号	番 号	被保険者氏名			
		生年月日	昭・平・令	年	月 日
認定対象者氏名		昭・平・令			続 柄
生年月日		年 月 日			
認定対象者の住所		〒 -			
疾 病 名	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)				
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 年 月 日 医療機関名 医療機関の所在地 医師の氏名				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者住所 〒 -

被保険者氏名

東京文具工業健康保険組合理事長 殿