

常務理事	事務長	課長	課長補佐	係員

東京地下鉄健康保険組合 殿

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

所 属
 保険証記号番号 ー
 被保険者氏名
 生 年 月 日 年 月 日

認定対象者の氏名	生年月日	年 月 日	続柄
認定対象者の住所	〒		
該当疾病名の区分	1. 血友病 2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群(HIV含む)		

※医師の意見欄	<p>上の通り診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称</p> <p>所在地</p> <p>医師名</p>
---------	--