

記入例

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領証交付申請書

所 属 ○△□駅務区
保険証記号番号 ○○ — □□□□□
被保険者氏名 健保 太郎
生 年 月 日 昭和 ●○年△月■日

健保

認定対象者の氏名	健保 太郎	生年月日	大正 昭和 平成 ●△年△月■日	続柄	本人
認定対象者の住所	〒 110-0015 東京都台東区東上野○一△一□				
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	上の通り診療を受けていることに相違ありません。 平成 年 月 日 医療機関の名称 所在地 医師名 印	この欄は医師の証明をもらってください
---------	--	--------------------