

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者

健康保険 特定疾病療養受療証申請書

被保険者が記入する欄	被保険者名	木材 太郎	記号	1234	—	5678
	氏名	木材 花子	生年月日	昭平令	続柄	妻
	住所	〒 135 - 0000 東京都江東区〇〇 ×-×				
	疾病名	1.血友病 ②人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3.抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群				

医師の意見欄	うえの通り診療を受けていることに相違ありません。
	令和 年 月 日
	名称
	医療機関 所在地
医師名	

上記の通り申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

〒 135 - 0000

住所 東京都江東区〇〇 ×-× 〇〇マンション△△号
被保険者 氏名 木材 太郎

東京都木材産業健康保険組合理事長 殿

受付日付印

東京都木材産業健康保険組合