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	被保険者氏名		木材　太郎 (昭)・平　○　年　○　月　○　日	記号番号	1234　―　5678		
	認定対象者	氏名	木材　花子	生年月日	(昭)・平・令 ○　年　○　月　○　日	続柄	妻
		住所	〒　135　―　0000 東京都江東区○○　×－× TEL　03-1234-5678				
	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 医療機関　名称 所在地 医師名

上記の通り申請します。

令和　○　年　○　月　○　日

〒　135　―　0000

被保険者　住所　東京都江東区○○　×－×　○○マンション△△号

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