	起案日	令和　　年　　月　　日		
	決定日	令和　　年　　月　　日		
常務理事	事務長	課　長	係　長	係

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者氏名及び生年月日	昭・平　　年　　月　　日	被保険者証記号・番号	記 号 番 号
	認定対象者氏名及び生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	被保険者との続柄	
	認定対象者の住所			
	疾病名	1．人工腎臓を実施している慢性腎不全 2．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 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	上記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　所在地 名　称 医師名　　印

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

住　所

被保険者

氏　名　　印

東京都金属プレス工業健康保険組合理事長　殿

(元.5)