

【送付先】  
〒163-1305  
東京都新宿区西新宿6-5-1  
新宿アイランドタワー5階  
私書箱1600号  
東京不動産業健康保険組合あて

# 健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

( 健 保 組 合 に ご 提 出 く だ さ い )

※ 受付月の初日から有効です。前月に遡っての発行はできませんので、ご注意ください。

※ 窓口での交付は行っておりません。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	健康保険証	記号	番号	被保険者の個人番号 (マイナンバー)	(*記号番号記入の場合は、不要です)		
	被 保 険 者	氏名	〒		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
		住所	〒		提出委任	<input type="checkbox"/> 平成	
認定対象者	氏名	〒		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	
	住所	〒		提出委任	<input type="checkbox"/> 平成		
	電話番号 (日中連絡のとれる番号をご記入ください)	TEL		携帯・自宅・勤務先・その他( )	<input type="checkbox"/> 令和		
	疾病名 (該当する番号をご記入ください)	1 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 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)					

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	
	医療機関の所在地	TEL ( )
	医療機関の名称	
	医師の氏名	

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。 令和 年 月 日

以下は記入しないでください。

処 理 結 果	
発効年月日	令和 年 月 日
標準報酬月額	年 月

受付日付印

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員