

【送付先】

〒163-1205

東京  
新宿  
私書  
東京

記入例

# 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 者 が 記 入 す る 欄	健康保険証	記号 3000	番号 10	被保険者番号 (※記号番号記入の場合は、不要です)		
	被保険者	氏名 不動産 太郎	生年月日 昭和 45 年 5 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		
		住所 〒 150 - ××○○ 渋谷区○○○	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )		
認定対象者	氏名 不動産 一郎	生年月日 昭和 8 年 12 月 16 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	住所 〒 150 - ××○○ 渋谷区○○○	認定証を使用する方(治療を受ける方)を必ずご記入ください。被保険者本人であつても記入が必要です。				
	疾病名 (該当する番号をご記入ください。)	2 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。	当健保組合に申請書が到着した月より前月に遡っての発行はできません	
	令和 3 年 7 月 1 日		
	医療機関の所在地 〒106-0001 港区○○○	TEL ( 03 ) 0000 - 0000	
	医療機関の名称 ××大学病院	医師の氏名 東京 一郎	

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

東京不動産業健康保険組合