常務理事	事務長	部 長	課 長	課長代理	係 長	係 員

健 康 保 険
特定疾病療養受領証交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者等記号・番号		被保険者氏名			
	―		昭和・平成　　年　　月　　日			
	被保険者住所・電話番号		〒　　－ TEL　　（　　）			
	事業所	所在地	〒　　－			
		名称				
	受診者	氏名			続柄	
		生年月日	5：昭 7：平 9：令	年　月　日	性別	男 ・ 女
	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 （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。）			

医師が記入する欄	うえ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 医療機関の名称 医師名

上記のとおり申請します。

組合受付印

（注意事項）

被保険者等記号・番号は①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、

③資格確認書（健康保険証）のいずれかで確認し記入してください。

東京都土木建築健康保険組合