

常務理事	事務長	部長	課長	係長	主任・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 と こ ろ	被保険者等記号・番号	記号	番号	事業所名
	記号番号に代えてマイナ ンバーで申請する場合			
	認定対象者 (療養を受ける方)	氏 名	続 柄	
		生年月日	昭・平・令	年 月 日
	認定対象者の 住 所	〒 日中連絡のつく電話番号 ()		
	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析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、厚生労働省大臣の定める者に限る)		
	他の制度により 自己負担額または その一部の支給を 受けているかどうか	受けている (制度名: 費用徴収の 有・無) 受けていない		
	受療証の 受領方法	・窓口で受け取る【 事業所担当者・本人 】 ・郵送で受け取る【 自宅・事業所担当者(部署担当者名)・その他 】 〔 ※その他の場合は送付先 〒 方 〕		
	東京証券業健康保険組合理事長 殿 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 被 保 険 者 住 所 日中連絡のつく電話番号 () 氏 名			

医 師 の 記 入 欄	貴院における 治療開始日又は 透析開始日	年 月 日
	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	
	名 称	〒
	医療機関の 所在地	電 話 ()
医 師 名		

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日