常務理事	事務長	部長	課長	係長	主任・係

記入例

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 1000	番号 10	事業所名 株式会社○○○○										
記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	

認定対象者（療養を受ける方）	氏名	東証 花子	続柄 （本人）
	生年月日	昭・(平)・令 5 年 1 月 1 日	
認定対象者の住所	〒 103−×××× 東京都中央区●●●町1−2 健康マンション345号室 日中連絡のつく電話番号 03 (1234) ●●△△		
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. 抗ウィ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： 心身障害者医療費助成制 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 6 年 1 月 1 日

〒 1 0 3 − × × × ×

被保険者 住所 東京都中央区●●●町1−2 健康マンション345号室

日中連絡のつく電話番号 0 9 0 (1234) × × × ×

氏名 東証 太郎

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	
医療機関	
医師名	

医師に記入していただき証明を受けてください

受付日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

提出先 東京証券業健康保険組合 業務部 〒103-0025 東京都中央区日本橋茅場町3−1−2

問い合わせ TEL:03−3666−1881