|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 決　　　　　　　裁 | | | |
|  |  |  | 常務理事 | 事務長 | 主　　査 | 担　　当 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**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欄 | 被保険者氏名  及び生年月日 |  | 社員番号 |  | | |
| 年　　月　　日 |
| 認定対象者の  氏　　　　名 |  | 認定対象者  の生年月日 | 年　　月　　日 | 続　柄 |  |
| 認定対象者の  住　　　　所 | 〒 | | | | |
|  | | | | |
| 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．血液凝固因子製剤による後天性免疫不全症候群 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | |
|  | 医療機関の | 名　称 |  | |
|  | 所在地 |  | |
|  | 医　師　名 |  | |  |

上記のとおり申請いたします。

東京電力健康保険組合理事長 殿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日 | | | | |
|  | 被保険者の | 住　所 |  | |
|  | 氏　名 |  |  |

※押印は廃止となっております。