

保存期間:3年間(会計年度)

年 月 日

東京瓦斯健康保険組合理事長 殿

被保険者 住所
氏名
生年月日 年 月 日生

(連絡先内線 - )

被保険者  
家族  
(いずれかに○)

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—	所属事業所名		
	認 定 対 象 者 に つ い て	氏名			
		生年月日	年 月 日生	続柄・年令	(続柄) (年令)
		住所	〒 (電話番号) — —		
疾病名 (いずれかに○)	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 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因子障害等 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ものに係るものに限る)				

\*適用対象者が被保険者本人の場合は、適用対象者氏名欄に「被保険者本人」と記載してください。  
\*「所属事業所」の欄は、特例退職者(記号が「501」)・任意継続(記号が「91」)の方は、無記入。

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
	名称	
	医療機関の 所在地	
	医師名	

健 保 使 用 欄	交付年月日	年 月 日	回収年月日	年 月 日
	発効年月日	年 月 日	自己負担限度額	1万円 ・ 2万円
	標準報酬等級	千円	管理NO	

東京瓦斯健康保険組合				
常務理事		事務長		担当者

本人→健康保険組合