

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

受付	年月日
決定	年月日

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	昭・平 年 月 日	被保険者証(日雇特例被 保険者手帳)の記号及び 番号		
	認定対象者の 氏 名		認定対象者の 生 年 月 日	昭 平 年 月 日 令	被保険者 との続柄
	認定対象者の 住 所				
	疾 病 名				

医 師 の 意 見 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。
	<p style="text-align: center;">年 月 日 名 称 _____ 医療機関の 所在地 _____ 医 師 名 _____ ㊟</p>

上記のとおり申請します。

年 月 日

〒

住 所 \_\_\_\_\_

被保険者

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

関東信用組合連合健康保険組合 理事長 様