

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	健 保 太 郎 昭平 56年09月20日	被保険者証(日雇特例被 保険者手帳)の記号及び 番号	100 — 160	
	認定対象者の 氏 名	健 保 太 郎	認定対象者の 生 年 月 日	昭平 56年09月20日 令	被保険者 との続柄 本人
	認定対象者の 住 所	東京都XX区XX〇—〇—〇			
	疾 病 名	慢性腎不全			

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。				
	年 月 日	名 称 〇〇〇〇〇病院			
	医療機関の 所在地	東京都台東区XX〇—〇—〇			
	医 師 名	健 保 三 郎 印			

上記のとおり申請します。

年 月 日

〒 〇〇〇—〇〇〇〇

住 所 東京都XX区XX〇—〇—〇

被保険者

氏 名 健 保 太 郎 印

関東信用組合連合健康保険組合 理事長 様