

受付	年 月 日
決定	年 月 日

常務理事	事務長	課長	主任	担当者

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

<確認欄> この申請書について、下記①又は②の要件を確認して✓を入れてください。	
<input type="checkbox"/>	①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者が記入する欄	被保険者氏名		被保険者等の記号・番号		被保険者との続柄	
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭・平・令	年 月 日	
	認定対象者の住所・電話番号	〒 () TEL ()				
	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。					
	年 月 日					
	名称					
	医療機関の所在地					
	医師名					
TEL ()						

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所
被保険者
氏名

健康保険組合理事長 殿