

理事長	常務理事	事務長	担当者

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 と こ ろ	被保険者の	氏名		記号・番号	・	
				事業所名称		
	認定対象者の	氏名	(続柄)		生年月日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
		住所	〒			
	疾 病 名					

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。				
	令和 年 月 日				
	医療機関の所在地				
	医療機関の名称				
	医 師 の 氏 名				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者氏名

受 付 印