

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	〇〇 〇〇	記号・番号	**・****
				事業所名称	株式会社●●●●
	認定対象者の	氏名	〇〇 〇〇 (続柄 妻)	生年月日	昭 平 令 〇〇年 △月 □日
		住所	〒***-*** ●●市●●区●●*丁目**-*		
	疾病名	(例) 慢性腎不全			

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。

令和〇〇年 △月□□日

被保険者氏名 〇〇 〇〇

受付印