受　付	年　月　日
決　定	年　月　日

決		裁		

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	明・大・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	大・昭・平　年　月　日		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。 年　月　日 医療機関の名称 所在地 医師名　㊞

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