

受付	令和	年	月	日
決定	令和	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	健康 太郎 昭・平・令 00年 00月 00日	被保険者証（日雇特例被 保険者手帳）の記号及び 番号	記号 0000 番号 0000-00		
	認定対象者の 氏名	健康 次郎	認定対象者 の生年月日	昭 平 00年00月00日 令	被保険 者との 続柄	次男
	認定対象者の 住所	〒 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇〇				
	疾 病 名	〇〇〇〇〇				

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。					
	平成 年 月 日					
	名 称 医療機関の 所在地					
	医 師 名					

上記のとおり申請します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

〒000 - 0000
住 所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇〇
被保険者
氏 名 健康 太郎

澁澤健康保険組合理事長 殿