

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	昭・平・令 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	昭・平・令 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。			
	令和 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 年 月 日

〒
住 所
被保険者
氏 名

澁澤健康保険組合理事長 殿

㊞

㊞