

受付	年 月 日
決定	年 月 日

常務理事	事務長	係

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	健保 太郎 昭平 48 年 7 月 10 日	被保険者証の記号及び番号	99 - 1000		
	認定対象者の 氏名	健保 花子	認定対象者の 生年月日	昭平 45 年 5 月 15 日	被保険者 との続柄	妻
	認定対象者の 住所	141 - 0032 東京都品川区大崎〇—〇—〇				
	疾病名	慢性腎不全				

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 3 年 2 月 1 日	
	名称 医療機関の 所在地	△△△病院 160-0023 東京都新宿区西新宿〇—〇—〇
	医師名	関東 三郎

上記のとおり申請します。

令和 3 年 2 月 1 日

住所 〒 141 - 0032
東京都品川区大崎〇—〇—〇
被保険者
氏名 健保 太郎

医師記入欄

(医師に記入を依頼してください)

健康保険組合理事長 殿

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

←被保険者証の記号番号を記入した場合は記入しない