

| | | | |
|---------|---|---|---|
| 同 年 月 日 | 年 | 月 | 日 |
| 決裁年月日 | 年 | 月 | 日 |

| | | | | |
|------|------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 担当部長 | 次 長 | 課 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 欄 | 被保険者氏名 及び生年月日 | 昭・平 年 月 日 | | 被保険者証 の記号番号 | 記 号 | 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 | 電話 () | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | |
| | 医療機関の 所在地 | | | | | | |
| 医 師 名 | | | | | | | |
| 印 | | | | | | | |

上記のとおり申請します。

年 月 日

〒
住 所

被保険者
氏 名

印

受付日付印

日本通運健康保険組合 常務理事 殿