

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	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	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

上記のとおり申請します。

年 月 日

〒  
住所 \_\_\_\_\_  
被保険者  
氏名 \_\_\_\_\_

受付日付印

日本通運健康保険組合 理事長 殿