

受付	年 月 日
決定	年 月 日

決 裁		
理事長	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	昭・平 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。			
	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 干
住 所
被保険者
氏 名

㊟

シーイーシー健康保険組合理事長 殿