



手続きについて
 届出期限：すみやかに
※制度が適用されるのは受領証が交付された日からとなります。
 届出先：健保組合
 添付書類：なし

受付	年	月	日
決定	年	月	日

健保記入欄

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 小太郎 明・大(昭)平45年12月16日		被保険者証(日雇特例被 保険者手帳)の記号及び 番号	15-123	
	認定対象者の 氏名	健保 康夫	認定対象者 の生年月日	大 昭 平 44年1月20日	被保険 者との 続柄	父
	認定対象者の 住所	〒060-0908 北海道札幌市東区8条1-1				
	疾 病 名	人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全				

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。					
	年	月	日			
	医療機関の 名称	東北厚生病院				
	所在地	宮城県仙台市仙台 44-33-21				
	医師名	東北 五郎				印

上記のとおり申請します。

29年 4月 5日

住所 〒150-0002
 東京都渋谷区渋谷 3-15-6
 被保険者 氏名 健保 小太郎



健康保険組合理事長 殿

自署の場合、捺印不要