

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

きんでん健康保険組合理事長 殿

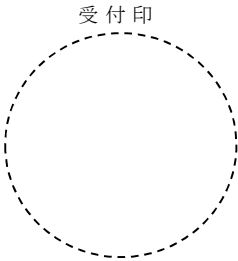
被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等 記号・番号	—				
	被 保 険 者	氏 名	⑩			
		生年月日	年	月	日	
	適 用 対 象 者	氏 名			被保険者との続柄	
		生年月日	年	月	日	性 別
	被 保 険 者 (適用対象者) の 住 所	〒				
疾 病 名						

医 師 の 意 見 欄	上記の通り、診察を受けていることに相違ありません。 年 月 日 医療機関 所 在 地 名 称 医 師 名 印
----------------------------	--

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

年 月 日	常 務 理 事	事務長	係	係	係	資格照合	入力日

被保険者のマイナンバー記載欄 (記号・番号を記入した場合は記入不要)																			
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



(2024.11)