

常務理事	事務長	係員

記入見本

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	保険証の記号	6100	番 号	000
	被保険者氏名	健康 太郎	事業所	000(株)
	対象者氏名	健康 花子	性 別	男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成・令和 00年 00月 00日	被保険者 との続柄	妻
	住 所	〒812-0893 福岡市博多区那珂3-28-5 電話番号: 092-000-xxxx		
	疾病名	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。 令和 年 月 日
	医療機関の名称 所在地
	医師名

医師の証明をいただいて下さい

上記のとおり特定疾病療養受療証の交付を申請します。

受付年月日