

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日
交付	令和	年	月	日

決		裁	
常務理事	事務長	課長	係員

**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	昭和・平成・令和 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	昭和 平成 令和 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。
	令和 年 月 日
	名 称 医療機関の 所在地
	医師名 (印)

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(〒 -)

住 所

被保険者

(TEL

氏 名

) (印)

ダイハツ健康保険組合理事長 殿