

受付	年 月 日
決定	年 月 日

決 裁				

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	被保険者証の 記号・番号			
	認定対象者の 氏 名		認定対象者の 生年月日	昭 平	年 月 日	続 柄
	認定対象者の 住 所	〒 ー				
	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
	医療機関の 名称
	所在地
	医師名

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者 住 所 〒 ー

氏 名

大阪工作機械健康保険組合理事長殿