

| | | | | |
|------------|----|---|---|---|
| 交付 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 発効 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 標準報酬 月額 | | | | |
| | 千円 | | | |

住友商事健康保険組合理事長殿

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 |
| | TEL |
| 医師名 | ㊟ |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所

被保険者

氏名

㊟