

| | | | | |
|------------|----|---|---|----|
| 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 | 住友 太郎 | | 被保険者証 の記号及び番号 | 1-123456 |
| | 認定対象者の 氏名 | 住友 太郎 | 認定 対象者の 生年月日 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和 | 被保 険者 との 続柄 |
| | 認定対象者の 住所 | 東京都中央区〇〇-〇-〇 | | | |
| | 疾 病 名 | 人工透析を伴う慢性腎不全 | | | |

| | | | | | |
|----------------------------|---------------------------|--------------|----|-----------|--|
| 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 | 〇年 | 〇月 | 医師の記入欄です。 | |
| | 名称 | 〇〇 病院 | | | |
| | 医療機関の所在地 | 東京都中央区〇〇-〇-〇 | | | |
| | TEL | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | | |
| 医師名 | 〇〇 〇〇〇 | | | 印 | |

上記のとおり申請します。

令和 〇年 〇月 〇日

住所 東京都中央区〇〇-〇-〇

被保険者

氏名 住友 太郎

