

健康 組合 使用 欄	常務理事	担当上司	担 当

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

三谷健康保険組合 御中

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 の記号番号	—	被 保 険 者 の 氏 名	
	被 保 険 者 の 住 所	〒 (TEL — —)		
	認定対象者 の氏名		認定対象者 の生年月日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
	認定対象者 の住 所	〒 (TEL — —)		
	疾 病 名			

医 師 の 意 見 欄	上記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			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者氏名

【申請書送付先・問い合わせ先】

〒910-8510

福井県福井市豊島1-3-1 三谷ビル5階

三谷健康保険組合

TEL 0776-20-3155

FAX 0776-20-3169