別紙様式第22号

特別療養証明書交付申請書

旧組合員証の組合員等記号・番号又は個人番号		旧組合員氏名 生年月日	年　月　日	旧組合員の資格喪失年月日	年　月　日	旧所属機関名	
療養者に関する事項	氏名		生年月日	年　月　日	旧組合員との続柄		性別　男　女
証明書の受給期限	年　月　日		他制度による療養給付の可否（可の場合における制度の名称）		可　否　（制度の名称：　　）		
傷病名							
給付開始年月日	年　月　日		年　月　日		年　月　日		
資格喪失の際療養の給付等を担当していた保険医療機関等の名称及び所在地	名称						
	所在地						
現に療養の給付等を担当している保険医療機関等の名称、所在地及び診療に従事する保険医の氏名	名称			保険医の氏名			
	所在地						
この申請を行う際の傷病の程度及び療養等の状況							

上記のとおり申請します。
殿
令和　年　月　日
申請者　住所
氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
令和　年　月　日
所属所長　職名
氏名

「旧組合員証の組合員等記号・番号又は個人番号」欄には、旧組合員証の組合員等記号・番号又は個人番号のいずれかを記入すること。

［備考　略］

別紙様式第22号

特別療養証明書交付申請書

旧組合員証記号番号又は個人番号		旧組合員氏名 生年月日	年　月　日	旧組合員の資格喪失年月日	年　月　日	旧所属機関名	
療養者に関する事項	氏名		生年月日	年　月　日	旧組合員との続柄		性別　男　女
証明書の受給期限	年　月　日		他制度による療養給付の可否（可の場合における制度の名称）		可　否　（制度の名称：　　）		
傷病名							
給付開始年月日	年　月　日		年　月　日		年　月　日		
資格喪失の際療養の給付等を担当していた保険医療機関等の名称及び所在地	名称						
	所在地						
現に療養の給付等を担当している保険医療機関等の名称、所在地及び診療に従事する保険医の氏名	名称			保険医の氏名			
	所在地						
この申請を行う際の傷病の程度及び療養等の状況							

上記のとおり申請します。
殿
令和　年　月　日
申請者　住所
氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
令和　年　月　日
所属所長　職名
氏名

「旧組合員証記号番号又は個人番号」欄には、旧組合員証記号番号又は個人番号のいずれかを記入すること。

［備考　同左］