Submit to:
By post: Suntory Health Insurance Association 2-1-40
Dojimahama, Kita-ku, Osaka 530-0004

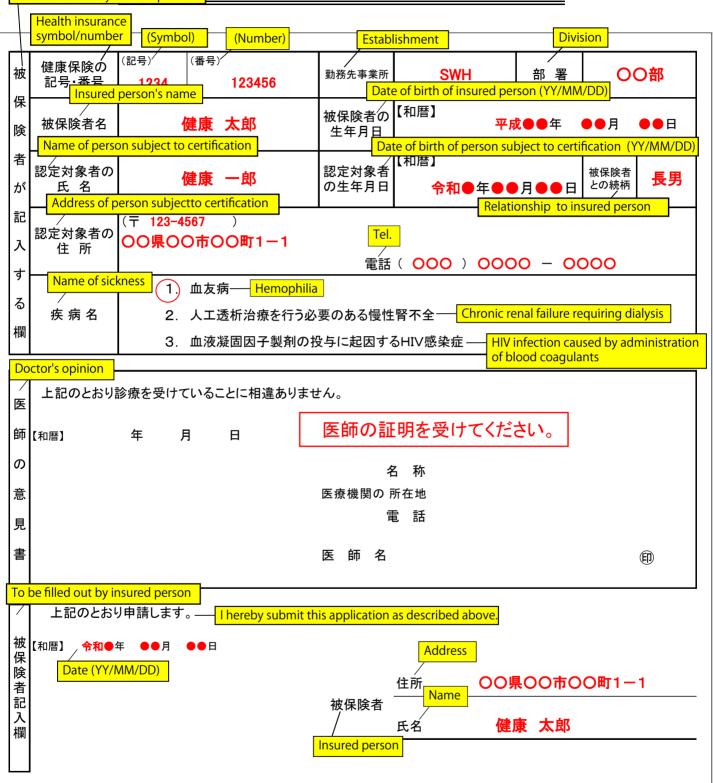


## 【提出先】

〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40 サントリー大阪オフィス内 サントリー健康保険組合宛

Application Form for Certificate Issued for Specific Disease Treatment

## To be filled out by insured person 病療養受療証 交付申請書



※発行後、被保険者の住所宛てに簡易書留にて郵送いたします。

×	常務理事	事務長	担当者	月額	自己負担限度額	交付年月日
健 保						
処						
理						
欄				千円	万円	