

常務理事	事務長	担当

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		保 険 証	記号		番号			
	認定対象者の氏名		生年 月日	S・H・R	年	月	日	続柄	
	認定対象者の住所	〒							
	疾病名	1、血友病 2、人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全							

医 師 の 記 入 す る 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	
	医療機関の所在地	
医師名	_____	

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	上記のとおり申請いたします	
	令和	年 月 日
	事業所名	_____
	職 場 名	_____ (内線 _____)
	被保険者氏名	_____
ニコン健康保険組合 理事長 殿		
申請者本人(被保険者) 確認欄		
<input type="checkbox"/> チェック	この届出は、申請者本人(被保険者)が作成したものである。	

健保処理日	健保受付