

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	健保 太郎	保 険 証 記 号	56	番 号	12345
	認定対象者の氏名	健保 涼介	生年 月日	S・H・R ○○年 ○○月 ○○日	続 柄	○○
	認定対象者の住所	〒 神奈川県○○市○○区○○町○-○-○				
	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	△△総合病院					
	所在地	神奈川県○○市○○区○○町○-○-○					
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	健保 太郎						
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 checked="" 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