

常務理事	事務長	担当者

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	記号	1 2	被保険者 氏 名	健保 太郎		被保険者 生年月日	昭 平 令	3 0 年	1 月	1 日	
	番号	3 4 5 6		認定 対象者の 氏名	健保 花子	認定 対象者の 生年月日	昭 平 令	3 3 年	3 月	3 日	被保険者 との続柄
	認定対象者の住所	〇〇〇市〇〇〇区〇〇〇〇〇 1-1-1									
	疾病名	人工腎臓を実施している慢性腎不全									

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
	医療機関住所
	医療機関名称
	医師名

◎ 訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。

——受付日付印——