

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		被保険者 氏 名				被保険者 生年月日	昭 平 令	年	月	日
	番号										
	認 定 対象者 の氏名				認 定 対象者の 生年月日	昭 平 令	年	月	日	被保険者 との続柄	
	認 定 対象者 の 住 所										
疾 病 名											

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										
印										

◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

——受付日付印——

住 所 _____
被保険者 _____
氏 名 _____ 印