Ｙ）日産健康保険組合（給付）係行

|  |  |
| --- | --- |
|  | 決　　　　　　裁 |
| 受付 |  | 常務理事 | 事務長 | 係　員 | 係　員 |
|  |  |  |  |
| 決定 |  |

**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 | 所属コード |       | 被保険者記号 |       | 職番 |   | 氏　　名(被保険者) |  　  |
| 事業所の名称 |   | 勤務先 | 外線　  | ﾒｰﾙｺｰﾄﾞ |
| 　　　　 |
| 生年月日 |   | 入社年月日 | 昭・平・令　    年    月    日 |
| 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 | [ ] １．血友病[ ] ２．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全[ ] ３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の意見欄 | うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。　　　年　　　月　　　日　　　医療機関の　　名称　　　　　　　　　所在地　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**※訂正の際は二重線で抹消の上、正しい内容を記入し訂正印または証明者の氏名（サイン）をお願いします。** |

上記のとおり申請します。

　 年 月 日

　　　　　　　　　　　〒

　　　被保険者　　　住　所

　　　　　　　　　　氏　名