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　 　