

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	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>令和      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">医療機関住所 医療機関名称 医 師 名</p>
----------------------------	--

◎ 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——