

常務理事	事務長		担 当

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	①被保険者証の記号・番号	② 被保険者氏名	③ 被保険者生年月日		
	—		昭・平 年 月 日		
	④ 認定対象者の氏名		⑤ 認定対象者の生年月日	⑥被保険者との続柄	
			昭・平 年 月 日		
	⑦認定対象者の住所		〒		
⑧ 傷 病 名		1. 人工透析治療を行なう必要のある慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害			

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			
	医療機関の名称 所在地			
	医師名 電話番号			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

NDS健康保険組合理事長 殿