

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
	1 - 12345	健保 健太郎	昭・平 27年 12月 25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
	健保 健太郎	昭・平 27年 12月 25日	本人
	⑦認定対象者の住所	〒460-0012 名古屋市中区千代田二丁目15番18号	
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		
	1, 2 どちらかに○		

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 1年10月15日	
	医療機関の名称	明真大学付属病院
	所在地	名古屋市中区千代田一丁目1番1号
	医師名	朝田 龍太郎
電話番号	052(234)5678	
		

上記のとおり申請します。

令和 1年10月20日

被保険者の住所 名古屋市中区千代田二丁目15番18号

氏 名 健保 健太郎

NDS健康保険組合理事長 殿

