

受付	平成	年	月	日
決定	平成	年	月	日

決裁				
----	--	--	--	--

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	被保険者氏名				被保険者 証の記号		
	生年月日	昭和	年	月	日	番 号	
	認定対象者の 氏 名		認定対象 者 の 生年月日	昭和・	年	月	日
	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					

医 師 の 意 見 欄	上のおり診療を受けていることに相違ありません。
	平成 年 月 日
	医療機関の名称 所在地
	医 師 名 <span style="float: right;">印</span>

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住 所  
被保険者  
氏 名

印

NTPグループ健康保険組合 理事長 殿