

伺／年月日	年 月 日
-------	-------

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

健康保険 特定疾病認定 申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等 記号一番号	□□□□ — □□□□□□	
	被 保 険 者	氏 名	
		生 年 月 日	年 月 日
	認 定 対 象 者	氏 名	
		生 年 月 日	年 月 日
続 柄			
認 定 対 象 者 住 所	〒		
疾 病 名	電話 ()		
医 師 の 意 見 を 書 く 欄	上記疾病名により療養していることに相違ないことを証明する。		
	年 月 日		
	【医療機関】	〒 —	
	住 所	名称 医師名	
電 話			

N Xグループ健康保険組合 理事長殿

上記の通り申請します。 年 月 日

被保険者 住所 〒

氏名

