

伺／年月日	年 月 日
-------	-------

常務理事	エニツリーダー	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
	認 定 対 象 者	氏 名		
		生 年 月 日	年	月
続 柄				
認 定 対 象 者 住 所	〒 _____ 電話 () _____			
疾 病 名				
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 _____

受付年月日