

特定疾病療養受療証交付申請書

組 合 員 が 記 入 す る 欄	組 合 員 氏 名	(生年月日) 年 月 日			組 合 員 証	記 号			
	認 定 対 象 者 の 氏 名	認 定 対 象 者 の 生 年 月 日			年 月 日		組 合 員 と の 続 柄		
	認 定 対 象 者 の 住 所								
	疾 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）							
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。 (人工腎臓等を開始した日： 年 月 日) <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 所 在 地 医 療 機 関 名 称 医 師 名 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> 印 </div>								
上記のとおり申請します。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿 年 月 日 住 所 組 合 員 氏 名 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> 印 </div>									
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> 印 </div>									