

## 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	共済 太郎 (生年月日) 平成 〇年 〇月 〇日		組合員証	記号	〇〇〇
	認定対象者の氏名	共済 太郎	認定対象者の生年月日	平成 〇年 〇月 〇日	番号	〇〇〇
	認定対象者の住所	〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇				
	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： 令和 〇年 〇月 〇日) 令和 〇年 〇月 〇日 所在地 〇〇市〇〇町〇〇〇 医療機関名称 〇〇病院 医師名 〇〇 〇〇 (印)					
上記のとおり申請します。 愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 〇年 〇月 〇日 住所 〇〇市〇〇町〇〇〇 組合員氏名 共済 太郎 (印)						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇年 〇月 〇日 職名 〇〇市長 所属所長氏名 〇〇 〇〇 (印)						