

## 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	昭・平・令 〇〇年 8月 20日	組合員証 記号番号	〇〇〇－ ××××
	認定対象者氏名	共済 太郎	認定対象者生年月日	昭・平・令 〇〇年 8月 20日	組合員との続柄	本人
	認定対象者住所	大分市〇〇町1-2-3				
	疾病名	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全</li> <li>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(血友病)</li> <li>3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)</li> </ol>				

医師の意見欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 〇〇年 5月 1日</p> <p style="text-align: right;">名称 〇〇病院</p> <p style="text-align: right;">医療機関所在地 大分市〇〇町4-5-6</p> <p style="text-align: right;">医師名 〇〇 〇〇</p>
--------	--

R7.4

上記のとおり申請します。

大分県市町村職員共済組合 理事長 様

令和 〇〇年 5月 2日

住所 大分市〇〇町1-2-3  
組合員氏名 共済 太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 〇〇年 5月 2日

職名 〇〇市長  
所属所長氏名 〇〇 〇〇