

## 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 番 号	
	認 定 対 象 者 の 氏                      名	認 定 対 象 者 の 生 年 月 日			昭 和 平 成	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：平成            年            月            日)  <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">所在地</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">医療機関</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">名    称</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">医    師    名</div> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">(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</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">平成            年            月            日</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">住    所</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">組 合 員</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏 名</div> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">(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;">平成            年            月            日</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">職    名</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">所属所長</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏 名</div> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">(印)</div>							