

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) 昭和 ○年 ○月 ○日		組合員証	記号	○○○
	認定対象者の氏名	共済 太郎	認定対象者の生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日 平成	番号	○○○
	認定対象者の住所	○○市○○町○丁目○-○				
	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) 平成 ○年 ○月 ○日 所在地 ○○市○○町○○○ 医療機関名称 ○○病院 医師名 ○○ ○○ (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 平成 ○年 ○月 ○日 住所 ○○市○○町○○○ 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。 平成 ○年 ○月 ○日 所属所長 職名 ○○市長 氏名 ○○ ○○ (印)						