

事務局長	課長	課員

## 特定疾病療養受療証交付申請書

組合員が記入する欄	組合員等記号・番号	—		
	組合員氏名	生年月日	年	月 日
	認定対象者の氏名	生年月日	年	月 日
	認定対象者の住所			続柄
	疾病名 (該当するものに✓)	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全  <input type="checkbox"/> 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  <input type="checkbox"/> 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。		
	令和 年 月 日		
	医療機関の	所在地	
	名称		医師名

上記のとおり申請します。

香川縣市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日 千  
住 所  
組 合 員 氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日 職 名  
所 属 所 長 氏 名