

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	853 - 1000			
	組合員氏名	共済太郎	生年月日	昭和50年1月1日	
	認定対象者の氏名	共済花子	生年月日	昭和50年2月1日	
	認定対象者の住所	高松市福岡町二丁目3番4号		続柄	妻
	疾病名 (該当するものに✓)	<input checked="" 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。				
	令和〇年〇月〇日				
	医療機関の所在地		〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地		
	医療機関の名称		〇〇病院		
医師名		〇〇〇〇			

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

令和〇年〇月〇日

組合員氏名

〒760-0066

住 所 高松市福岡町二丁目3番4号

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。

令和〇年〇月〇日

職 名 〇〇〇市長

所属 所属長

氏 名 〇〇〇〇