特定疾病療養受療証交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="4">組合員が記入する欄</td><td>組合員氏名</td><td colspan="3">共済　太郎
（生年月日）昭和・平成　○　年　○　月　○　日</td><td rowspan="2">組合員等</td><td>記　号</td><td colspan="2">○○○</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>番　号</td><td colspan="2">○○○</td></tr>
<tr><td>認定対象者の氏名</td><td>共済　太郎</td><td>認定対象者の生年月日</td><td colspan="2">昭和
平成　○　年　○　月　○　日
令和</td><td>組合員との続柄</td><td colspan="2">本人</td></tr>
<tr><td>認定対象者の住所</td><td colspan="7">○○市○○町○丁目○－○</td></tr>
<tr><td>疾病名</td><td colspan="7">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（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。）</td></tr>
<tr><td>医師の意見欄</td><td colspan="8">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・令和　○　年　○　月　○　日）
令和　○　年　○　月　○　日
医療機関　所在地　○○市○○町○○○
医療機関　名称　○○病院
医師名　○○　○○</td></tr>
</table>

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　様

令和　○　年　○　月　○　日

組合員　住所　○○市○○町○○○

組合員　氏名　共済　太郎

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和　○　年　○　月　○　日

所属所長　職名　○○市長

所属所長　氏名　○○　○○