

決裁欄	事務局次長	係長	係員	決定年月日	令和	年	月	日

特定疾病療養受療証交付申請書

組 合 員 記 入 欄	組合員証の 記号・番号							
	組合員の 氏名・生年月日	昭・平 年 月 日生						
	組合員の住所							
	認定対象者の 氏名・生年月日	昭・平・令 年 月 日生						
	組合員 との続柄							
疾 病 名	認定対象者の 住所							
		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 因子障害又は先天性血液凝固第 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。)						
入 欄	上記のとおり申請します。							
	令和 年 月 日							
	住所 組合員 _____							
	氏名 _____							
連絡先(電話番号) _____								
大阪市職員共済組合理事長 あて								
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 名称 _____ 所在地 _____							
医師名 _____								
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								
所属機関の長 職名 _____ 又は所属所長 _____								
氏名 _____								

(注) 疾病名が1に該当し、更生医療の適用を受けていれば、医師の意見欄の記載の代わりにその医療券の写しでも構いません。

