

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	組合員証の 記号・番号	1-1234567						
	組合員の 氏名・生年月日	共済	太郎	昭	平	年	月	日生
合	組合員の住所	大阪市 区 - -						
	認定対象者の 氏名・生年月日	共済	太郎	昭	平	令	年	月 日生
員	組合員 との続柄	本人						
	認定対象者の 住	大阪市 区 - -						
記	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 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 大阪市 区 - - 組合員 氏名 共済 太郎 印 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。

受付印