

決裁欄	事務局次長	係長	係員			日
	認定対象者が組合員本人の場合も、すべて記入してください。					

特定疾病療養受療証交付申請書

組合員 記入欄	組合員 組記号・番号	1 - 1234567				
	組合員 氏名・生年月日	共済 太郎		昭 ^平 〇〇年〇〇月〇〇日生		
	組合員 の住所	大阪市〇〇区〇〇〇-〇-〇				
	認定対象者 の氏名・生年月日	共済 太郎		昭 ^平 ・令〇〇年〇〇月〇〇日生		
	組合員 との続柄	本人				
	認定対象者 の住所	大阪市〇〇区〇〇〇-〇-〇				
疾病名	<p>① 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>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</p> <p>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。)</p>					
上記のとおり申請します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日						
住所	大阪市〇〇区〇〇〇-〇-〇					
組合員 氏名	共済 太郎					
連絡先(電話番号)	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇					
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 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
医療機関 名称	〇〇病院					
所在地	大阪市〇区〇 ×-×-×					
医師名	〇〇 〇〇					
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 又は所属所長	所属所（市長部局にあっては総務事務センター）において証明しますので、記入する必要はありません。					

(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