

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	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 〇〇年〇〇月〇〇日生	
組合員 との続柄	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	
疾病名	組合員 認定対象者の 住所	大阪市〇〇区〇〇〇-〇-〇		
	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。)		
記入欄	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		
医師の意見欄	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		
医師の意見欄	大阪市職員共済組合理事長 あて			
	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			
医師の意見欄	医療機関 名称	〇〇病院		
	所在地	大阪市〇区〇 ×-×-×		
医師の意見欄	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			
医師の意見欄	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