

特定疾病療養受療証交付申請書

組 合 員 が 記 入 す る 欄	組 合 員 氏 名	(生年月日) 昭和・平成 年 月 日			組 合 員 証	記 号		
	認 定 対 象 者 の 氏 名		認 定 対 象 者 の 生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日		組 合 員 と の 続 柄	
	認 定 対 象 者 の 住 所							
	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（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）						
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。 (人工腎臓等を開始した日： 平成・令和 年 月 日) 令和 年 月 日 所在地 医療機関 名称 医師 名							
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 殿 令和 年 月 日 住 所 組 合 員 氏 名								
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 職 名 所属所長 氏 名								