

特定疾病療養受療証
交付申請書

決定伺	課長	課長補佐・主幹	課員

記号	番号	組合員氏名	所属所名	
999	9999	共済太郎	〇〇市	
住所	〇〇市△△1丁目2番3号			
受診者	本人・被扶養者		※被扶養者の場合、次の欄にも記入してください。	
氏名	共済花子		続柄	配偶者
生年月日	昭和 平成 令和	40年 12月 24日	同居別居 の別	同居・別居
疾病名 <small>(該当するものに○をつけてください)</small>	1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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)			
医師の証明欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません 〇年 〇月 〇日 所在地 〇〇市〇〇 医療機関名称 〇〇病院 医師名 〇〇 〇〇			
上記のとおり申請します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 〇年 〇月 〇日 住所 〇〇市△△1丁目2番3号 申請者 氏名 共済太郎				

共済組合受付印