

# 特定疾病療養受療証交付申請書

第110条の4の3様式

組合員証記号番号又は個人番号										所属機関名	
記号				番号							
個人番号 (記号番号を記入した場合は不要)											
組合員氏名								続柄			
認定対象者の氏名								生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日	
認定対象者の住所											

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 (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。)</p>
医師の意見欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医療機関</p> <p style="text-align: right;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p>

<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">群馬県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名</p>	
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名</p> <p style="text-align: right;">所属所長 氏 名</p>	