

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	5	0	3	番号			1	2	3	4	5	〇〇市	
個人番号 (記号番号を記入した場合は不要)													
組合員氏名			共済太郎					続柄			配偶者		
認定対象者の氏名			共済花子					生年月日			昭和 平成 △△年 7月 1日		
認定対象者の住所			前橋市元総社町335番地の8										

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>平成 △△ 年 6 月 1 0 日</p> <p>名称 共済病院</p> <p>医療機関</p> <p>所在地 前橋市大手町1-30-45</p> <p>医師名 鈴木四郎 (印)</p>

上記のとおり申請します。	
群馬県市町村職員共済組合理事長 様	
平成 △△ 年 6 月 1 6 日	
住所	前橋市元総社町335番地の8
申請者	氏名 共済太郎 (印)
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。	
平成 △△ 年 6 月 1 7 日	
職名	〇〇市長
所属所長	氏名 赤城一郎 (印)