

# 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 令和	△△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>令和 △△ 年 6 月 1 0 日</p> <p>名 称 共済病院 医療機関 所在地 前橋市大手町1-30-45 医 師 名 鈴 木 四 郎</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 令和 △△ 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
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 6 月 1 7 日		職 名 〇 〇 市 長 所属所長 氏 名 赤 城 一 郎