

特定疾病療養認定申請書

所属所コード・所属所名			
組合員番号		組合員氏名	
受診者名		組合員との 続 柄	
受診者生年月日 年 月 日生			
受診者住所			
医 師 の 証 明	疾 病 名		左 記 疾 病 の 初 診 日
	1 血友病		年 月 日
	2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全		年 月 日
	3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		年 月 日
	医師の意見（現在、予後等について参考となることがあれば、記入してください。）		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 医療機関 電話番号 名 称 医師名		
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合岐阜支部長 様 令和 年 月 日 住 所 申請者 氏 名			
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 月 日 所属所名 所属所長 職・氏名			

* 後天性免疫不全症候群（HIV感染を含む）の申請の場合、所属所の証明及び医師の証明は必要ありません。ただし、医師の証明に替えて添付書類が必要となります。

* 申請者氏名は自署とします。（記名押印も可）

* 所属所長欄は記入をお願いします。（ゴム印等可）