

特定疾病療養認定申請書

所 属 コ ー ド		組 合 員 証 記 号 番 号	記 号	公 立 群 馬	番 号	
組 合 員 氏 名						
受 診 者 氏 名				組 合 員 と の		
生 年 月 日	年	月	日	続	柄	
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			昭和・平成・令和 年 月 日		
	2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全			昭和・平成・令和 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			昭和・平成・令和 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。）						
上記のとおり証明します。						
令和 年 月 日						
所在地						
医療機関 名称						
医師名						
上記のとおり申請します。						
公立学校共済組合群馬支部長 様						
令和 年 月 日						
住所						
組合員 氏 名						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						所 属 所 受 付 年 月 日
令和 年 月 日						
所属所						
所属所電話番号		所属所長 職 名				氏 名
共 済 組 合 受 付 日	(注) 1 疾病名3により申請する場合は、裁判による和解調書の抄本等、血液凝固製剤の投与に起因するHIV感染者であることが確認できる書類を添付してください。 この場合、医師の証明欄、所属所長の証明欄は証明不要です。					