

# 特定疾病療養受療証交付申請書

所属所文書受付印

共済事務担当者印

㊟

区分	フリガナ	組合員証番号	所 属 所 名			所属所コード
	組合員氏名					
組 合 員 が 記 入 す る 欄	氏 名		性 別	続 柄	生 年 月 日	
			男・女		昭・平・令 年 月 日	
	郵便番号 住 所 電話番号 ( )					
	認 定 対 象 者					
医 師 の 意 見 欄	疾 病 名	1 血友病 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群				
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 名 称 医療機関 所在地 電話番号 ( ) 医師名 <span style="float: right;">㊟</span>					
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合鹿児島支部長 殿 干 令和 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 <span style="float: right;">㊟</span> 電話番号 ( )						
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 干 所属所所在地 所属所長 職・氏名 <span style="float: right;">㊟</span> 電話番号 ( )						

(注) 特定疾病療養受療証の発効年月日は、申請書を所属所で受理した日の属する月の初日からとなり、遡っての認定はできません。