

# 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

区分	フリガナ	組合員番号	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					
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 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 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。