

(給付様式第4-3号)

公立学校共済組合特定疾病療養受療認定申請書

組合員等 記号・番号	公立神奈川					組合員氏名	
所属コード						標準報酬月額 ※	円
所属所名						所属所電話	- -
受療者氏名						生年月日	年 月 日
受療者住所	〒 -						
(医師の証明欄)							
上記の者は、厚生労働省の定める下記の特定期病により診療を受けていることを証明します。							
疾病名							
1. 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 または血液凝固第Ⅸ因子障害(血友病)							
2. 人工腎臓(人工透析治療)を実施している慢性腎不全							
3. 血液凝固因子製剤の投与に起因し、 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				担当医師名			
医療機関名				所在地			
(印)							
上記のとおり公立学校共済組合特定疾病療養受療証の交付を申請します。							
公立学校共済組合神奈川支部長 様							
年 月 日							
申請者 氏名(署名)							

※ 標準報酬月額は慢性腎不全の場合のみ記入してください。

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印

共済組合文書受付印

公立学校共済組合特定疾病療養受療認定申請書

組合員等 記号・番号	公立神奈川				組合員氏名	横浜 一生
	1	8	1	8		
所属コード	8	×	×	×	標準報酬月額 ※	000.000 円
所属所名	〇〇市立〇〇〇学校				所属所電話	000 - 000 - 0000
受療者氏名	横浜 一生				生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日
受療者住所	〒 000 - 0000 横浜市〇〇区〇〇町 △△-△△					

(医師の証明欄)

上記の者は、厚生労働省の定める下記の特定疾病により診療を受けていることを証明します。

疾病名

1. 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
または血液凝固第Ⅸ因子障害(血友病)
- ② 人工腎臓(人工透析治療)を実施している慢性腎不全
3. 血液凝固因子製剤の投与に起因し、
抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

〇年 〇〇月 〇〇日

担当医師名 **共済 和夫**



医療機関名 **公立神奈川医療センター**

所在地 **横浜市〇〇区〇〇町1-1**

上記のとおり公立学校共済組合特定疾病療養受療証の交付を申請します。

公立学校共済組合神奈川支部長 様

〇年 〇〇月 〇〇日

申請者 氏名(署名) **横浜 一生**

※ 標準報酬月額 は慢性腎不全の場合のみ記入してください。

所属所の受付印
は必ず押印
してください。

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印



共済組合文書受付印

Blank box for the Kosei combination document receipt stamp.