

特定疾病療養認定申請書

組合員等 記号番号	公立高知 (枝番)00	所属所名	
組合員	氏名 住所		
受診者氏名		受診者 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
医師の 証明 欄	疾 病 名		左記疾病の初診日
	A. 人工腎臓（人工透析治療）を実施している慢性腎不全		年 月 日
	B. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病）		年 月 日
	C. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に限る）		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。 公立学校共済組合高知支部長 様 令和 年 月 日 組合員氏名			
上記のとおり申請がありましたので、提出します。 令和 年 月 日 所属所長名			

（注）Cの疾病の受診者については、所属所を経由しないで直接共済組合へ申請することができます。

特定疾病療養認定申請書

<記入例>

組合員等 記号番号	公立高知 000021 (枝番)00	所属所名	〇〇小学校
組合員	氏名 高知 太郎 住所 〇〇市△△町□□ 1丁目1-2		
受診者氏名	高知 太郎	受診者 生年月日	昭和 平成 令和 57年〇月18日
医師の 証明 欄	疾 病 名		左記疾病の初診日
	A. 人工腎臓（人工透析治療）を実施している慢性腎不全		令和〇年 1月 9日
	B. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病）		年 月 日
	C. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に限る）		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。）	上記疾患により今後治療を継続する必要がある	
上記のとおり証明します。 令和〇年 1月20日 所在地 〇〇市△△町〇〇〇 123 医療機関 名称 〇〇〇病院 医師名 〇〇 〇〇 印			
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合高知支部長 様 令和〇年 1月25日 組合員氏名 高知 太郎			
上記のとおり申請がありましたので、提出します。 令和〇年 1月30日 所属所長名 〇〇 〇〇			

(注) Cの疾病の受診者については、所属所を経由しないで直接共済組合へ申請することができます。