

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) 1. 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。
2. Cの疾病の受診者は、裁判による和解調書の抄本等の添付により医師の証明欄への記載は不要となります。
3. マイナ保険証をお持ちの方は、証の交付は行いません。（認定結果を書面でお知らせします。）

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) 1. 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。
2. Cの疾病の受診者は、裁判による和解調書の抄本等の添付により医師の証明欄への記載は不要となります。
3. マイナ保険証をお持ちの方は、証の交付は行いません。（認定結果を書面でお知らせします。）