

# 特定疾病療養認定申請書

組合員等記号・番号	公立阪	※組合員証右上の番号等（10桁）を記入してください。	
組合員氏名		所属所名	
受診者氏名		受診者生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
受診者住所			
<b>医 師 の 意 見 書</b>			
受診者氏名		疾 病 名	
初診年月日	平成・令和 年 月 日	最初に人工透析を受けた日	平成・令和 年 月 日
(所見)			
上記のとおり、厚生労働大臣が定める特定疾病により診療を受けていることを証明します。			
令和 年 月 日	所 在 地	電 話	
	医療機関名		
	担当医師名		⑩
上記のとおり申請します。			
公立学校共済組合大阪支部長 様	郵便番号	電 話	
令和 年 月 日	住所		
	組合員		
	氏名		
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	郵便番号	電 話	
	所 在 地		
	所 属 所 名		
	所 属 所 長	職 名	
		氏 名	
		所属所 受付印	※受付印がない場合は公印を押印してください。

※「医師の意見書」欄に、厚生労働大臣が定める特定疾病により診療を受けていることの証明が必要です。

**【厚生労働大臣が定める特定疾病】**

- ① 人工腎臓(人工透析治療)を実施している慢性腎不全
- ② 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)
- ③ 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。)