

# 特定疾病療養受療証交付申請書



岡山県市町村職員共済組合理事長 様  
次のとおり『特定疾病療養受療証』の  
交付を申請します。

|                 |    |  |         |                    |    |    |   |   |
|-----------------|----|--|---------|--------------------|----|----|---|---|
| 〔組合員の記入欄〕       |    |  |         | 申請日                | 平成 | 年  | 月 | 日 |
|                 |    |  |         | 組合員証記号番号<br>又は個人番号 |    |    |   |   |
| 組合員             | 氏名 | Ⓜ  | 生年月日    | 昭和<br>平成           | 年  | 月  | 日 |   |
|                 | 住所 |  |         |                    |    |    |   |   |
| 対象者             | 氏名 |  | 生年月日    | 昭和<br>平成           | 年  | 月  | 日 |   |
|                 | 住所 | 上記住所と異なる場合のみご記入ください。   | 組合員との続柄 |                    |    | 性別 |   |   |
| 疾病名             |    | <input type="checkbox"/> 血友病<br><input type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全<br><input type="checkbox"/> 血液凝固因子製剤によるH I V感染症 |         |                    |    |    |   |   |
| □にチェックを入れてください。 |    |  |         |                    |    |    |   |   |

## 〔担当医師の記入欄〕

|                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| 上記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。 |                           |
| 平成 年 月 日                   | 医療機関の名称<br>所在地<br>医師の氏名 Ⓜ |

## 〔所属所の記入欄〕

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 |        |
| 平成 年 月 日                 | 〔職名〕   |
|                          | 〔氏名〕 印 |

(2017.1 改訂)

## 〔共済組合使用欄〕

|        |    |        |             |          |  |
|--------|----|--------|-------------|----------|--|
| 交付年月日  |    | 発効年月日※ |             | 平成 年 月 日 |  |
| 標準報酬月額 |    | 千円     | 自己負担<br>限度額 | 1万円 2万円  | システム登録   |
| 局長     | 課長 | 課長補佐   | 係長          | 係        | ※「発効年月日」は、この申請書を共済組合が受理した日の属する月の初日となります。<br>また、新たに組合員又は被扶養者となった者が、申請した場合には、新たに組合員又は被扶養者となった日が発効年月日となります。 |
|        |    |        |             |          |  |