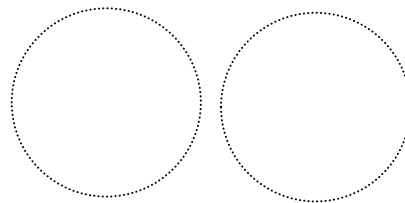


特定疾病療養受療証交付申請書



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		令和	年	月	日	
組合員等記号番号 又は個人番号						
組合員	氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所					
対象者	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	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 <input type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子製剤によるH I V感染症					
<input type="checkbox"/> 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。

令和 年 月 日

医療機関の名称
所在地
医師の氏名

印

〔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。

令和 年 月 日

職名
所属所長
氏名

(2024.12改訂)

〔共済組合使用欄〕

交付年月日		※発効年月日	令和	年	月	日
標準報酬月額	千円	自己負担 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。 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。	