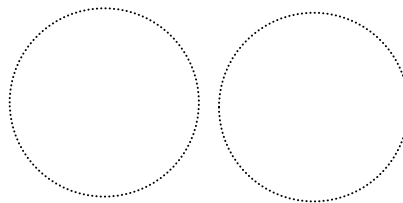


特定疾病療養受療証交付申請書



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
			〇〇	〇〇	〇〇
組合員等記号番号 又は個人番号		〇〇〇-123456			
組合員	氏名	共済 太郎	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住所	〇〇市△△町〇-〇-〇			
対象者	氏名	共済 長太郎	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	父	性別 男
疾病名	<input type="checkbox"/> 血友病 <input checked="" 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				
□にチェックを入れてください。					

〔担当医師の記入欄〕

上

この欄は医療機関（医師）に
記入してもらってください

〔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。

この欄は所属所担当課で記入します

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。	