

特定疾病療養受療証 交付申請書

組合員証	記号	9098	フリガナ	キョウサイ タロウ	生年月日	昭和 61 年 4 月 16 日 平成	
	番号	90999	氏名	共済 太郎			
個人番号	※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。						
所属機関	名称	〇〇市役所			標準報酬月額		
	所在地	〇〇市〇〇1丁目1番1号			15 等級	240,000 円	
受診者	フリガナ	キョウサイ イチロウ		性別	続柄	住所	
	氏名	共済 一郎		男	父	〒862 - 0911 熊本市東区健軍1丁目5番3号	
	生年月日	昭和 28 年 5 月 15 日生		女			
	個人番号	※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。					
疾病名	① 人工腎臓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因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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係るものに限る）						
医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 医療機関の所在地 名称 医師の氏名						
希望送付先等 (該当番号に○印)	受取方法等			摘要			
	1	所属所共済組合担当課へ郵送		※ 勤務先での受け取り			
	2	組合員の自宅へ郵送		※ 自宅での受け取り			
	3	組合員の指定先へ郵送		※ 下欄に記入してください。(入院先医療機関での受け取り等。)			
4	共済組合事務局での受取り (組合員・組合員以外)		※ ご本人確認書類(注2)の提示が必要です。 ※ 組合員以外の代理受取の場合、下欄に記入してください。				
組合員の指定先 又は 代理受取者	(送付先) 又は (代理受取者住所) 〒 862 - 0911 Tel 096 (365) 1900 熊本市東区健軍1丁目5番3号			受取者氏名 (フリガナ) キョウサイ ハナコ 共済 花子			
上記のとおり申請します。 熊本県市町村職員共済組合理事長 様 令和 3 年 5 月 22 日 印 申請者 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。 年 月 日 所属所長 職名 氏名							

共済組合使用欄 (これより以下には記入しないでください。)

決定伺	課長	課長補佐	係長	係員
下記のとおり決定してよろしいか。				
※ 自己負担限度額 円				
摘要	○ 交付年月日 令和 年 月 日			
	○ 発効年月日 令和 年 月 日			

