

# 特定疾病療養受療証 交付申請書

|   |  |  |                                 |        |                         |
|---|--|--|---------------------------------|--------|-------------------------|
| 組合員証  | 記号   |  | フリガナ                            |        | 生年月日                    |
|   | 番号   |  | 氏名                              |        | 昭和<br>平成 年 月 日生         |
| 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   |  |                                 |        | 標準報酬月額                  |
|   | 所在地  |  |                                 |        | 等級 円                    |
| 受診者   | フリガナ   |  | 性別                              | 続柄     | 住所                      |
|   | 氏名   |  | 男・女                             |        | 〒 -                     |
|   | 生年月日   | 昭和・平成・令和 年 月 日生  |                                 |        |                         |
|   | 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<br>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<br>3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V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。<br>令和 年 月 日<br>医療機関の所在地<br>名称<br>医師の氏名   |  |                                 |        |                         |
| 希望送付先等<br>(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<br>(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。<br>※ 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<br>又は<br>代理受取者  | (送付先) 又は (代理受取者住所)   |  |                                 | 受取者氏名  |                         |
|   | 〒 -  | 〒 ( )  |                                 | (フリガナ) |                         |
| 上記のとおり申請します。<br>熊本県市町村職員共済組合理事長 様<br>令和 年 月 日 〒 -<br>申請者 住所<br>(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。<br>令和 年 月 日<br>所属所長 職名<br>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 年 月 日 |    |      |    |    |
| ○ 発効年月日 年 月 日    |    |      |    |    |

共済組合受付欄