

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 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		続柄		住所
	氏名			〒 -	
	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 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。 令和 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(運転免許証など)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)			受取者氏名	
	〒 -	〒 ()		(フリガナ)	
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 年 月 日 〒 - 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。 令和 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 年 月 日				
○ 発効年月日 年 月 日				

