

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	
	番号	90999		氏名		共済 太郎	平成
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		続柄	住所		
	氏名	共済 一郎		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					
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（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。 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			
	〒 862 - 0911 TEL 096 (365) 1900 熊本市東区健軍1丁目5番3号			(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 ○ 年 5 月 22 日 〒 862-0911 申請者 住所 熊本市東区健軍1-5-3 (組合員) 氏名 共済 太郎							
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				

