

特定疾病療養受療証
交付申請書

決定 伺	課 長	課長補佐・主 幹	課 員

記 号	番 号	組 合 員 氏 名	所 属 所 名	
9 9 9	9 9 9 9	共 済 太 郎	〇〇市	
住 所	〇〇市△△1丁目2番3号			
受 診 者	本人 ・ 被扶養者		※被扶養者の場合、次の欄にも記入してください。	
氏 名	共 済 花 子		続 柄	配 偶 者
生 年 月 日	昭和 平成 令和	40年 12月 24日	同居別居 の別	同居・別居
疾 病 名 (該当するものに○ をつけてください)	1 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 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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 証 明 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 〇 年 〇 月 〇 日 所在地 〇〇市〇〇 医療機関名 称 〇〇病院 医師名 〇〇 〇〇			
上記のとおり申請します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 〇 年 〇 月 〇 日 住所 〇〇市△△1丁目2番3号 申請者 氏名 共 済 太 郎				

共済組合受付印