特定疾病療養受療証交付申請書

① 組合員証の記号番号				② 組合員氏名				③ 所属所名							
		-													
④ 認定対象者氏名				⑤ 認定対象者の生年月日				⑥ 組合員との続柄							
				年 月 日											
⑦ 認定対象者の住所															
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">-</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>														-	
		-													
⑧ 疾病名 (いずれかに○をつけてください。)															
<p>1 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>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 及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害</p> <p>3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群</p>															
医師の意見欄															
透析開始年月日				年 月 日											
<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関の 名称 所在地 医師名 印</p>															
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">福井県市町村職員共済組合 理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">組合員氏名 印</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合、押印は不要です。)</p>															
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所属所長 氏 名 印</p>															

入力	証発行

受 付