

特定疾病療養受療証交付申請書

神戸市職員共済組合理事長宛

神戸市職員共済組合

組合員記入欄	組合員の記号・番号	記号	番号
	組合員の氏名・生年月日	氏名	昭和・平成 年 月 日生
	認定対象者の氏名・生年月日	氏名	昭和・平成・令和 年 月 日生
	組合員との続柄		
	認定対象者の住所		
	傷病名	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因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 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	名称	所在地
	医師名		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

組合員 住所

氏名

連絡先(電話番号)

共済組合受付印

共済組合事務処理欄			
交付	令和	年	月 日
発効	令和	年	月 日