

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	組合員証の 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