

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 1 番号 123456
	組合員の 氏名・生年月日	氏名 共済 花子 昭和 平成53年 1月 1日生
	認定対象者の 氏名・生年月日	氏名 共済 一郎 昭和 平成・令和34年 5月10日生
	組合員との 続 柄	父
	認定対象者の 住 所	神戸市中央区加納町6丁目5-1
	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 3年 4月 5日
	医療機関 名称 きょうさい病院
	所在地 神戸市中央区京町72番地
医師名	○ ○ ○ ○

上記のとおり申請します。

令和 3年 4月 9日

〒650-8570

組 合 員 住 所 神戸市中央区加納町6丁目5-1

氏 名 共 済 花 子

連絡先(電話番号) 090-0000-0000

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