

共済組合 使用欄	課長	係長	係員

横浜市職員共済組合特定疾病療養受療証交付申請書

組合員証 記号・番号	999-99999	組合員 氏名	共済 太郎	所 属	〇〇〇 〇〇〇	〇〇 区 課
	認定対象者 氏名	共済 一郎	生年 月日	昭・平〇〇年 2月 1日	組合員との 続柄	長男
	認定対象者 住所	〒123-4567 横浜市 〇△区 □△町 999番地				
	疾病名	① 血友病 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(血液凝固因子製剤によるHIV感染)				
	公費負担医療の 受給状況	① 更生医療(受給中・申請予定) 2 他の公費 3 なし				
上記のとおり申請します。 横浜市職員共済組合理事長 様 平成〇〇年〇〇月〇〇日 住所 (〒123-4567) 組合員 横浜市 〇△区 □△町 999番地 氏名 共済 太郎						

※ 更生医療券の添付(写しで可)があれば、次の医師の意見欄の記載は不要です。

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。					
	平成	年	月	日	医療機関 名称	_____
					所在地	_____
	医師名	_____				印