共済組合 使用欄		課長	係長	係員

特定疾病療養受療証交付申請書

組合員記入欄

組合員証記号･番号	ー	組合員氏名		所属	局・区 課	
認定対象者氏名		認定対象者の生年月日・性別	昭・平　年　月　日	男・女	組合員との続柄	
認定対象者住所	〒					
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　　年　　月　　日

住所　（〒　　－　　）

組合員

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

※　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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞