| 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<br>記号･番号 | ― | 組合員<br>氏 名 | | 所<br>属 | 局・区<br>課 |
| | 認定対象者<br>氏　　名 | | 認定対象者の<br>生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和　　年　　月　　日 | 組合員との<br>続　　柄 | |
| | 認定対象者<br>住　　所 | 〒 | | | | |
| | 疾病名 | 1　血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害<br>2　人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全<br>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）<br>2　他の公費（　　）<br>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

令和　　年　　月　　日

住所　（〒　　－　　）

組合員 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　慢性腎不全に係る更生医療券の添付（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。<br>令和　　年　　月　　日<br>医療機関　名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ |

Ｒ４年６月版