

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	—	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	昭和 平成 令和	年 月 日	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 令和 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。						
	令和	年	月	日	医療機関	名称	_____
				所在地	_____		
					医師名	_____	⑩