

特定疾病療養受療証交付申請書

記入例

組合員が記入する欄	組合員氏名 及び 生年月日	共 濟 太 郎 平成〇〇年 〇月 〇〇日	組合員 記号・番号	都 ・ 都任継 0 1 2 3 4 5 6 7
	認定対象者	氏 名 共 濟 太 郎	生 年 月 日 平成〇〇年 〇月 〇〇日	組合員との続柄 本人
	認定対象者の住所	〒 123-4567 東京都新宿区中央〇-〇-〇 連絡先電話 03 (1234) 5678		
	疾 病 名 ※該当番号に○印	① 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血友病 { 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Ⅸ因子障害 3 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もの。)		

診療開始年月日を記入してください。

医師の意見欄	上記のとおり 年 月 日より 診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日
	名称 △△病院 医療機関所在地 東京都新宿区中央△-△-△ 医師名 △△ △△
	証明年月日を記入してください。 (印)

上記のとおり申請します。 東京都職員共済組合理事長 殿 年 月 日 〒 123-4567 住所 東京都新宿区中央〇-〇-〇 組合員氏名 共 濟 太 郎 (印)
* 組合員の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

公印を押した年月日を記入してください。

上記の記載事項は、事実と相違ないものとします。 年 月 日 職 名 ○〇局総務部長 公 所属所長氏名 千代田 一郎 (印)
--

●太線枠内を記入してください