


# 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 済 太 郎 平成〇〇年 〇月 〇〇日	組合員証記号・番号	都 ・ 都任継 0 1 2 3 4 5 6 7
	認定対象者	氏 名 共 済 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 ※該当番号に〇印	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。


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 済 太 郎 

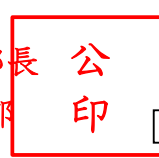
\* 組合員の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

署名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 

公印を押した年月日を記入してください。

●太線枠内を記入してください