

特定疾病療養受療証交付申請書

組 合 員 が 記 入 す る 欄	組合員氏名		組合員証 記号・番号	都 ・ 都任継			
	生年月日	年 月 日					
	認定対象者	氏 名	生年月日		組合員との続柄		
			年 月 日				
認定対象者の住所	〒 連絡先電話 ()						
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。）						

●太線枠内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 医療機関 所在地 医師名 ㊟
----------------------------	---

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 〒 住 所 組合員 氏 名 ㊟ * 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。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 ㊟
--