

特定疾病療養受療証交付申請書

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙 市	所 属	
組合員氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成
対象者	氏 名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成
	住 所		
傷病名	1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 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（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）		
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		
	名 称 医療機関 所在地 医師氏名	⑩	
上記のとおり申請します。 仙台市職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住 所 組合員 氏 名 (自署又は記名押印) 日中連絡先 電 話 番 号			
共 済 組 合 受 付 印	入 力	交 付	共済組合決裁欄
			事務局長 事務局次長 係 長 係 員 公印承認
	庁 窓 郵		