

特定疾病療養受療証交付申請書

所属機関の名称			
組合員証記号番号	—	組合員の氏名	
組合員の住所			
認定を受けようとする者	氏名		性別 男・女
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
認定を受けようとする者がかかっている疾病の名称	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 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 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	上欄の疾病にかかっていることに相違ありません。 <div style="text-align: center;">令和 年 月 日</div> <div style="text-align: center;">名称 医療機関の 所在地</div> <div style="text-align: center;">医師名 ㊟</div>		
上記のとおり申請します。 新潟県市町村職員共済組合理事長 様 <div style="text-align: center;">令和 年 月 日</div> <div style="text-align: center;">住所 組合員 氏名 ㊟</div> <div style="text-align: right; font-size: small;">本人自ら署名する場合は、押印不要です。</div>			

(注) 当該疾病にかかっていることを証明する書類の写しを添付したときは、医師の意見欄の記載は必要ありません。