

◆マイナ保険証の利用登録にかかわらず、申請が必要です。

### 特定疾病療養受療証交付申請書

組合員等 記号番号	—	組合員氏名	
認定対象者の 氏名		組合員との 続柄	
認定対象者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
認定対象者が かかっている 疾病の名称 (丸を付けて ください。)	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		
医師の意見欄	人工透析開始年月日	令和 年 月 日 ~	
	上記のとおり診察を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関の 名 称 医師の氏名 ⑩		
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 令和 年 月 日 印 住所 組合員 氏名 ⑩ 本人自ら署名する場合は、押印不要です。			
(注1) 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。 (注2) 発効日は、当共済組合が本申請書を受け付けた日の属する月の初日 (共済加入月の場合は、資格取得日) となります。			共済組合受付印
決 裁 欄	課長	係長	係