共済事務担当印
㊞

特定疾病療養受療証交付申請書

区分	フリガナ 組合員氏名	組合員証番号	所属所名	所属所コード
組合員が記入する欄				

認定対象者	氏名	性別	続柄	生年月日
		男・女		明・大・昭・平　年　月　日
	郵便番号 住所 電話番号（　　）			

医師の意見欄		
	疾病名	1　血友病 2　人工腎臓を実施している慢性腎不全 3　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 平成　年　月　日 医療機関　名称 所在地 電話番号（　　） 医師名　㊞	

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合鹿児島支部長　殿　　〒

平成　年　月　日　　住所

申請者　氏名　㊞

連絡先（電話　　）

上記の記載事項は，事実と相違ないものと認めます。

平成　年　月　日

〒

所属所所在地

職名

所属所長　氏名　印

電話番号（　　）

H１９．４改定〔整理番号　５３〕