

特定疾病療養受療証交付申請書

決 裁	課 長	係 長	主 任	副 主 任						
組 合 員 が 記 入 す る 欄	記 号				所 属 所 名					
	番 号									
	組 合 員 氏 名				生 年 月 日	年	月	日		
	認 定 対 象 者 の 氏 名				認 定 対 象 者 の 生 年 月 日	年	月	日		
	認 定 対 象 者 の 住 所						続 柄			
	疾 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								
医 師 の 意 見 欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 の</p> <p style="text-align: right;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p>									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">京都市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">組 合 員</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>										
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名</p> <p style="text-align: right;">所 属 所 長</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>										