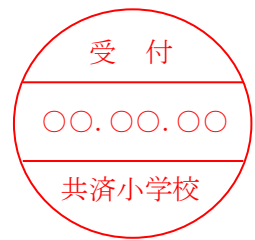


長期にわたって高額な医療費が必要となる特定疾病について、組合員が共済組合へ申請して認定を受けると、「特定疾病療養受療証」が交付される。

### 特定疾病療養受療証交付申請書

共済事務担当者印



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	キョウサイ タロウ 共済 太郎	2 3 4 5 6 7	鹿児島市立共済小学校	7 6 5 4 3 2
認定対象者	氏名	性別	続柄	生年月日
	共済 花子	男・女	妻	昭平 令和〇〇年〇月〇日
	郵便番号 890-8566 住所 鹿児島市共済町2-2 電話番号 ( 099-222-1111 )			
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。 令和〇〇年 9月 9日 名称 医療法人〇〇病院 医療機関所在地 鹿児島市共済町〇-〇 電話番号 ( 099-333-4444 ) 医師名 城山 登郎			
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 〒890-8566 令和〇〇年 9月 10日 住所 鹿児島市共済町2-2 申請者 氏名 共済 太郎 電話番号 (電話 099-222-1111 )				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和〇〇年 9月 10日 〒890-8577 所属所所在地 鹿児島市共済町3-3 所属所長 職・氏名 校長 鹿児島 一郎 電話番号 ( 099-111-2222 )				

(注) 特定疾病療養受療証の発効年月日は、申請書を所属所で受理した日の属する月の初日からとなり、遡っての認定はできません。