伺	下記のとおり決定して よろしいかお伺いします。	決 裁	課　長	課長補佐	係　長	係

特定疾病療養受療者認定申請書

組合員証 記号番号	100　―　8888	所属所名	○ ○ 市	
	氏　名	生　年　月　日		性　別
組　合　員	共済　太郎	昭和 平成	○ 年 ○ 月 ○ 日	男・女
認定対象者	共済　太郎	昭和 平成 令和	○ 年 ○ 月 ○ 日	男・女
認定対象者 住　所	山形県○○市○○町○－○－○	組合員 との続柄	本人	
疾病名称	1．　血友病 2．　人工透析治療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			
医　師　の 意　見　書	上記の疾病について、診療を受けていることに相違ありません。 令和　○ 年 ○ 月 ○ 日 医療機関の　名称　○ ○ 病 院 所在地　山形県○○市○○町○－○－○ 医師名　医師　○ ○ ○ ○			

上記のとおり申請します。

山形県市町村職員共済組合理事長　　様

令和　○ 年 ○ 月 ○ 日

組合員　住　所　山形県○○市○○町○－○－○
氏　名　共 済 太 郎

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

所属所
受付印

令和　○ 年 ○ 月 ○ 日

所属所長　職　名　○ ○ 市 長
氏　名　○ ○ ○ ○

(R6.4.1)

※　認定対象者には「特定疾病療養受療証」が交付されます。
※　重度心身障がい（児）者医療費助成制度の適用を受ける場合は別途届出が必要です。
※　退職したとき、被扶養者認定取消となったときは証を返納してください。