

伺	下記のとおり決定してよろしいか お伺いたします。	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	〇〇市		
	氏 名	生 年 月 日	性 別		
組 合 員	共 済 太 郎	昭 和 平 成	〇 年 〇 月 〇 日	男・女	
認定対象者	共 済 太 郎	昭 和 平 成 令 和	〇 年 〇 月 〇 日	男・女	
認定対象者 住 所	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号		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 〇 年 〇 月 〇 日 名称 〇 〇 病院 医療機関の 所在地 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇〇 医師名 医師 〇 〇 〇 〇				
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 〇 年 〇 月 〇 日 組合員 住 所 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 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。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 所属所長 職 名 〇 〇 市 長 氏 名 〇 〇 〇 〇					

(R4. 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。