

特定疾病療養受領証交付申請書

職員番号（独法職員のみ）

地方職員共済組合大阪府支部長 殿 下記のとおり申請します。		年 月 日	
組合員	組合員証 記号番号	地・大阪	所 属 機関名
	氏 名		生年月日
	住 所		
受 診 者 ※組合員本人の場合は 下記にチェックのみ <input type="checkbox"/>	氏 名	※組合員と同じ場合は不要	
	住 所		
	生年月日	年 月 日	続柄
疾 病 名 ※該当疾病の番号に 丸をして下さい	1 血 友 病 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3 血液凝固因子製剤に起因するH I V感染症		
医師の証明 ※診断書の添付も可	上記のとおり診療を受けていることを証明します。 年 月 日 所 在 地 ..... 医療機関名 ..... 担当医師名 .....		

日中の連絡先（独立行政法人職員であって法人事務局を通じて申請・証受領の場合は記入不要）

職場（代表・直通）Tel ( ) 内線 ( )

又は 自宅・携帯 Tel ( )

※下記は記入不要です。

共済受付／処理欄		所属所受付／処理欄	
受付日	年 月 日	受付日	年 月 日
処理日	年 月 日	処理日	年 月 日

# 【記入例】

## 特定疾病療養受領証交付申請書

職員番号（独法職員のみ）

地方職員共済組合大阪府支部長 殿 下記のとおり申請します。		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
組合員	組合員証 記号番号	地・大阪 3 0 1 2 3 4 5 6 7 8	所 属 機 関 名 人事局 総務サービス課
	氏 名	共済 太郎	生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇日
	住 所	大阪府〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇〇号	
受 診 者 ※組合員本人の場合は 下記にチェックのみ <input type="checkbox"/>	氏 名	共済 次郎	
	住 所	※組合員と同じ場合は不要	
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	続柄 子
疾 病 名 ※該当疾病の番号に 丸をして下さい	1 血 友 病 ② 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3 血液凝固因子製剤に起因するH I V感染症		
医師の証明を もらって下さい。  医師の証明  ※診断書の添付も可	上記のとおり診療を受けていることを証明します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日  所 在 地 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇〇号  医療機関名 医療法人〇〇 〇〇〇病院  担当医師名 〇〇 〇〇		

日中の連絡先（独立行政法人職員であって法人事務局を通じて申請・証受領の場合は記入不要）

職場（代表）直通 Tel 06（ 6941 ） 0351 内線（ 〇〇〇〇 ）

又は 自宅・携帯 Tel （ ）

※下記は記入不要です。

共済受付／処理欄				所属所受付／処理欄			
受付日	年	月	日	受付日	年	月	日
処理日	年	月	日	処理日	年	月	日