

# 特定疾病療養受療証交付申請書

職員番号 (独法職員のみ)

地方職員共済組合大阪府支部長 様

令和 年 月 日

下記のとおり申請します。

組合員	組合員 (記号) 番号	(地・大阪)	所属機関名				
	氏名	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	住所						

受診者	氏名						
	<input type="checkbox"/> 組合員本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	住所	※組合員と同じ場合は不要				
	※受診者が組合員本人の場合は右欄の記入は不要です。	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	続柄

疾病名 ※該当疾病に☑をつけてください	<input type="checkbox"/> 1 血友病
	<input type="checkbox"/> 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全
	<input type="checkbox"/> 3 血液凝固因子製剤に起因するHIV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。
	令和 年 月 日
	所在地
	医療機関名
	担当医師名

日中の 連絡先	職場 ( <input type="checkbox"/> 代表・ <input type="checkbox"/> 直通 )	Tel :		内線 :	
	又は <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯	Tel :			

※下記は記入不要です

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

# 特定疾病療養受療証交付申請書

【記入例】

(表面) R7.10

職員番号 (独法職員のみ)

地方職員共済組合大阪府支部長 様  
 下記のとおりに申請します。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

組合員	組合員 (記号) 番号								(地・大阪)		所属機関名			
	3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	総務サービス課			
	氏名		共済 太郎						生年月日		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 <input type="checkbox"/> 令和			
住所		大阪府〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号												

受診者	氏名		共済 次郎									
	住所		※組合員と同じ場合は不要									
	<input type="checkbox"/> 組合員本人 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者		生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 <input type="checkbox"/> 令和				続柄		子	

※受診者が組合員本人の場合は右欄の記入は不要です。

疾病名	<input type="checkbox"/> 1	血友病
※該当疾病に☑をつけてください	<input checked="" type="checkbox"/> 2	人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全
	<input type="checkbox"/> 3	血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症

医師の証明を もらってください。 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 大阪市〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番〇号									
	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	職場 ( <input checked="" type="checkbox"/> 代表・ <input type="checkbox"/> 直通 )	Tel : 06-6941-0351	内線 : 〇〇〇〇
	又は <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯	Tel :	

※下記は記入不要です

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