|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 付 印短期請求等様式第５号 | 決 裁 | 課　長 | 主　幹 | Ｇ　Ｌ | 担　当 | 合　議 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 資格取得年月日 |  | 資格喪失年月日 |  | ※決定年月日 |  |
| **特定疾病療養受療証交付申請書** |
| 組 合 員 記 入 欄 | 組合員氏名及び生年月日 |  年 月 日 | 組合員等記号・番号 | 　　　　　― |
| 認定対象者の 氏 名 | (※　　　　年　　月　　日認定) | 　　続柄 |  年 月 日 続柄 |
| 認定対象者の 住 所 | 〒　　　　－ |
| 疾 病 名 | １　血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害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 |
|  |
| 医 師 の 証 明 |  上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日名 称 医療機関の所在地医 師 名  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 備　考 |  |

上記のとおり申請します。  滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿 年 月 日 住 所 氏 名  |
|  上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。年 月 日 職 名 氏 名 　　　　　　1　適用を希望する月の末までに共済組合に提出（必着）してください。2　※印欄は記入しないでください。(注) |