|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) | | | | | | | | | | | | | | | | |