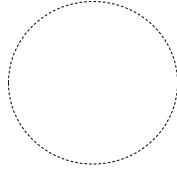


受付印



決 裁	課 長	主 幹	G L	担 当	合 議	公印使用 承認印

短期請求等様式第5号

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)	生年月日 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

組 合 員

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

所 属 所 長

氏 名

- (注) 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。