

|         |       |    |      |       |    |    |     |
|---------|-------|----|------|-------|----|----|-----|
| 事務局長    | 事務局次長 | 課長 | 課長補佐 | 主幹    | 主査 | 主任 | 担当者 |
|         |       |    |      |       |    |    |     |
| 自己負担限度額 | 交付年月日 |    |      | 発効年月日 |    |    |     |
|         | 年 月 日 |    |      | 年 月 日 |    |    |     |

## 特定疾病療養受療証交付申請書

|           |                |   |          |   |
|-----------|----------------|---|----------|---|
| 組合員が記入する欄 | 組合員氏名及び生年月日    | 年 月 日   | 組合員記号・番号 | — |
|           | 認定対象者の氏名及び生年月日 | 年 月 日   | 組合員との続柄  |   |
|           | 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<br>又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等<br>2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 |          |   |

|        |  |
|--------|--|
| 医師の意見欄 | 上記のとおり診察を受けていることに相違ありません。<br>年 月 日<br>名 称<br>医療機関の<br>所在地<br>医師名 |
|--------|--|

上記のとおり申請します。

和歌山県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日

住 所

組 合 員

氏 名

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

年 月 日

職 名

所 属 所 長

氏 名

|         |       |       |      |    |       |    |     |
|---------|-------|-------|------|----|-------|----|-----|
| 事務局長    | 事務局次長 | 課長    | 課長補佐 | 主幹 | 主査    | 主任 | 担当者 |
|         |       |       |      |    |       |    |     |
| 自己負担限度額 |       | 交付年月日 |      |    | 発効年月日 |    |     |
|         |       | 年 月 日 |      |    | 年 月 日 |    |     |

## 特定疾病療養受療証交付申請書

|           |                |   |          |             |
|-----------|----------------|---|----------|-------------|
| 組合員が記入する欄 | 組合員氏名及び生年月日    | 〇〇 〇〇<br>昭和 XX 年 X 月 X 日  | 組合員記号・番号 | 9999 - 9999 |
|           | 認定対象者の氏名及び生年月日 | 〇〇 △△<br>昭和 XX 年 XX 月 XX 日  | 組合員との続柄  | 妻           |
|           | 認定対象者の住所       | 〒 XXX - XXXX<br>和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇  |          |             |
|           | 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<br>又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等<br>2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 |          |             |

|        |                           |                |              |
|--------|---------------------------|----------------|--------------|
| 医師の意見欄 | 上記のとおり診察を受けていることに相違ありません。 |                | 医師による証明が必要です |
|        | 令和 X 年 X 月 X 日            |                |              |
|        | 医療機関の名称                   | 〇〇〇〇〇病院        |              |
|        | 所在地                       | 和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇 |              |
|        | 医師名                       | ◇◇ ◇◇          |              |

上記のとおり申請します。

和歌山県市町村職員共済組合理事長 様

令和 X 年 X 月 X 日

住所 和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇  
組合員氏名 〇〇 〇〇

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和 X 年 X 月 X 日

職名 〇〇〇〇市長  
所属所長氏名 □□ □□