

| | | | | |
|-------------|----|----|----|-------|
| 決 裁 欄 | 担任 | 合議 | 係長 | 事務局次長 |
|-------------|----|----|----|-------|

特定疾病療養受領証交付申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------|-------|---------|---|---|--|--|---|-----|--|--|---|-----|-------|
| 組 合 員 | 記号 — 番号 | 職員コード | | | | | | | | | | | | | |
| 組合員氏名 | | 認定対象者の 氏 名 | | | | | | | | | | | | | |
| 組合員との 続 柄 | | 認定対象者の 生年月日 | | | | | | | | | | | | | |
| 認定対象者 の 住 所 | 〒 _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾 病 名 | 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 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 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る) | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">医 療 機 関</td> <td style="width: 20%;">名</td> <td style="width: 20%;">称</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>所</td> <td>在 地</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>医</td> <td>師 名</td> <td>_____</td> </tr> </table> | | | | 医 療 機 関 | 名 | 称 | | | 所 | 在 地 | | | 医 | 師 名 | _____ |
| 医 療 機 関 | 名 | 称 | | | | | | | | | | | | | |
| | 所 | 在 地 | | | | | | | | | | | | | |
| | 医 | 師 名 | _____ | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> | | | | | | | | | | | | | | | |
| 川崎市職員共済組合理事長 様 〒 _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請 求 者 (組合員) | 住 所 (自 宅) _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 (自 宅) _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 _____ | | | | | | | | | | | | | | |