# 特定疾病療養受療証交付申請書

**組合員が記入する欄**

| 組合員等記号番号 | ― | 組合員氏名 | | 所属機関名 | |
|---|---|---|---|---|---|

① 組合員の記号・番号、組合員氏名、所属機関名（市町村・一部事務組合）を記入してください。

**認定対象者**

| 氏名（続柄） | （　　） | 生年月日 | 年　月　日 |
|---|---|---|---|
| 住所 | | | |
| 疾病名 | 1．人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>開始日（　　年　月　日）<br>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<br>3．抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群<br>（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。） | | |

② 特定疾病療養受療証の交付を受ける対象者について記入してください。

**医師の意見欄**

上記のとおり診療を受けていること相違ありません。

年　月　日

医療機関の　名　称
　　所在地

医師名

③ 医師の証明を受けてください。

上記のとおり申請します。

山梨県市町村職員共済組合理事長　殿

年　月　日

住所
組合員
氏名

④ 請求年月日と請求者の住所・氏名を記入してください。

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　　印

⑤ 請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入し押印してください。

**※健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカードを利用する場合も、特定疾病療養受療証については、共済組合へ申請のうえ、交付を受ける必要があります。（交付を受けたあとであれば、医療機関等での窓口において、当該証の提示を省略することができます。）**

(R8.4)