

特病第 号

事務局次長

係長

係員

下記のとおり交付することを、決定する。

年

月

日決定

## 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	共済 太郎		組合員証の記号及び番号	記号 ○○	番号 XXXXX
	認定対象者の氏名	共済 花子	認定対象者の生年月日	○○年○○月○○日		組合員との続柄 妻
	認定対象者の住所	京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地				
	疾病名	1 血友病 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（血液凝固因子製剤によるHIV感染）				
医師の意見欄	現 症 状					
	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					
	医療機関の名称	○○総合病院				
	所在地	京都市○○区○○ ○—○				
	医師名	○○ ○○				

上記のとおり申請します。

○○年○○月○○日

(あて先)

京都市職員共済組合理事長

組合員 住所 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地

氏名 共済 太郎

事務取扱者

所属の庶務担当者の記名又は押印