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