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			組合員の記号及び番号	記号	番号	
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	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 所在地 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

氏名

事務取扱者