

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		組合員証の記号及び番号	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