|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合員記入欄 | 組合員証　記号及び番号 | 組合員氏名 |  | 所属機関コード |
| 所属機関名 |
| 地・広島 | 生年月日 | 昭和平成令和　　年月日 |  |
|  |
| 対象者氏名 |  | 対象者生年月日 | 昭和　平成令和　　年月日 | 組合員との続柄 |  |
| 疾病名 | １　人工透析を伴う慢性腎不全 |
| ２　血友病 |
| ３　後天性免疫不全症候群 |
| 医師記入欄 | 医師の証明 | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 |
| 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 医療機関名 |
| 医　師 | 住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 上記のとおり申請します。地方職員共済組合広島県支部長　様令和　　　年　　　月　　　日 |
|  |  | 申請者 | 住　所　 |
|  |  | 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 上記の記載事項は，事実と相違ないものと認めます。令和　　　年　　　月　　　日所属機関の長　職　名 　　　　　　　　　　　氏　名 　　　　　　　　　　　　　 |
| ※自己負担額 | 　　　　　　円 | ※発効年月日 | 　　．　　． |

地方職員共済組合広島県支部

特定疾病療養受療証交付申請書