|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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