

# 特定疾病療養受療証交付申請書

|           |              |                                                               |                 |                    |                 |    |
|-----------|--------------|---------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|----|
| 組合員が記入する欄 | 組合員等<br>記号番号 | NGY 123456                                                    | 組合員氏名<br>及び生年月日 | 共済 太郎<br>昭和〇〇年〇月〇日 |                 |    |
|           | 認定対象者の<br>氏名 | 共済 太郎                                                         | 認定対象者<br>の生年月日  | 昭和〇〇年〇月〇日          | 組合員<br>との<br>続柄 | 本人 |
|           | 認定対象者の<br>住所 | 名古屋〇区〇〇〇〇 〇-〇                                                 |                 |                    |                 |    |
|           | 疾病名          | 1. 血友病<br>2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全(人工透析開始日〇年〇月〇日)<br>3. その他 ( ) |                 |                    |                 |    |

|           |                           |            |  |  |  |  |
|-----------|---------------------------|------------|--|--|--|--|
| 医師の<br>意見 | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 |            |  |  |  |  |
|           | 令和〇年〇月〇日                  |            |  |  |  |  |
|           | 医療機関<br>名称                | 〇〇病院       |  |  |  |  |
|           | 所在地                       | 〇〇市〇〇町〇〇番地 |  |  |  |  |
| 医師名       | 〇〇 〇〇                     |            |  |  |  |  |

上記のとおり申請します。

(あて先)

名古屋市職員共済組合理事長

令和 〇 年 〇 月 〇 日

住所又

は所属 総務局〇〇課

組合員

氏名 共済 太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

職名 総務局総務課長

所属所長

氏名 総務 一郎