

特定疾病療養受療証交付申請書

記入例

組合員の 記号番号 (職員番号)		仙 市 1 2 3 4 5 6 7	所 属	〇〇局 △△課				
組合員氏名		仙 台 太 郎		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 5 年 5 月 5 日			
対象者	氏 名	仙 台 花 子		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 6 年 6 月 6 日			
	住 所	仙台市〇〇区△△町1-2-3						
傷病名		1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 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（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）						
医師の 意見欄	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 <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">医療機関から証明を受けてください</div> ㊟							
上記のとおり申請します。 仙台市職員共済組合理事長 様 令和 7 年 2 月 2 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;"> 住 所 組合員 氏 名 (自署又は記名押印) 日中連絡先 電 話 番 号 </div> <div style="text-align: left;"> 仙台市〇〇区△△町1-2-3 仙 台 太 郎 内線 777-7777 </div> </div>								
共済組合受付印		入 力	交 付	共済組合決裁欄				
				事務局長	事務局次長	係 長	係 員	公印承認
		庁 窓 郵						