

特定疾病療養受療証交付申請書

組合員又は被扶養者で、人工透析を必要とする慢性腎不全や血友病のような特定疾病について共済組合の認定を受けた方は、窓口で支払う一部負担金等の限度額が、医療機関ごとに1ヵ月に1万円（上位所得者は2万円）となります。

この特例を受ける場合は、特定疾病療養受療証交付申請書を共済組合に提出し、共済組合が発行する「特定疾病療養受療証」を組合員証と共に医療機関に提示する必要があります。

別紙様式第2号(給付用)

特定疾病療養受療証交付申請書

組合員が記入する欄	組合員氏名及び生年月日	共済 太郎	組 合 員 証			
		(S) H 40年 4月15日	記号	600	番号	1234
	認定対象者氏名及び生年月日	共済 太郎	コード <small>(共済組合専用欄)</small>			
		(S) H・R 40年 4月15日				
	認定対象者の住所	〒 500 - 0000) 〇〇市藪田南5-14-53				
	疾 病 名	1. 血友病 ② 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 3. その他 ()				

認定を受けようとする疾病の診療を受けていることの医師の証明をお願いします。

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 〇年10月15日 名称 〇〇市民病院 医療機関の所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 医師氏名 〇 〇 〇 〇
--------	--

上記のとおり申請します。

岐阜県市町村職員共済組合理事長 様

令和 〇年10月25日

住所 〇〇市藪田南5-14-53
組合員 氏名 共 済 太 郎

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和 〇年10月25日

職名 〇〇〇〇長
所属所長 氏名 △ △ △ △

決 裁 年 月 日						受 付 年 月 日	
事務局長	課 長	課長補佐	係 長	主 任	係		

注) 退職後、任意継続組合員の資格取得者は、記号番号が変わりますので再度申請してください。(医師の意見欄不要。)