特 定 疾 病 認 定 申 請 書

（血友病、人工透析を有する慢性腎不全）

所属所名 （市町村等）	○ ○ 市	組合員証記号番号	埼 999 － 9999		
フリガナ 組合員氏名	キョウサイ　タロウ 共済　太郎	性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 平成 ○年 ○月 ○日
住　所	さいたま市浦和区岸町7-5-14			電話番号	048 － 822 － 3301
フリガナ 療養者氏名	キョウサイ　タロウ 共済　太郎	性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 平成 令和 ○年 ○月 ○日
組合員との続柄	本人	扶養認定年月日 （療養者が組合員以外の場合）			昭和 平成 令和 年 月 日
傷　病　名	慢性腎不全	初　診　年　月　日			○年 ○月 ○日

医師の意見	(1) 傷病の現症 医師の証明が必要です。 (2) 今後の経過の見通し 令和　年　月　日 療養担当者 { 住所 / 医療機関 / 氏名

上記のとおり申請します。

埼玉県市町村職員共済組合理事長　様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者氏名　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。

埼玉県市町村職員共済組合理事長　様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

所属所長　○ ○ 市 長　埼 玉 一 郎

共済組合使用欄								
	特定疾病認定番号	第　　号			傷　病　名			
	初　診　年　月　日				発　効　年　月　日			
	交　付　年　月　日							
	決裁	課　長	主　幹	主　査	係	受 療 証	基幹入力	備　考