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）		組合員証記号番号	埼　　－		
フリガナ 組合員氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
住　　所				電話番号	－　　－
フリガナ 療養者氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
組合員との続柄		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		初　診　年　月　日			年　　月　　日
医師の意見	(1) 傷病の現症 (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

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

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