

決 裁 欄	担任	合議	係長	事務局次長
-------------	----	----	----	-------

## 特定疾病療養受領証交付申請書

組 合 員	記号 6 5 0 — 1 2 3 4 5	番号	職員コード	0 0 0 1 2 3 4 5
組合員氏名	○ ○ ○ ○	認定対象の氏名	○ ○ △ △	
組合員との続柄	父	認定対象者の生年月日	昭和32年4月10日	
認定対象者の住所	〒123-4567 川崎市○○区○○○1234-567			
疾 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 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 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)			
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6年 11月15日				
医療機関 名称 川崎市○○区○丁目○○-○○ 所在地 ×××病院 医師名 ▼▼ ▼▼				
医師等の証明を受けてください。※押印不要				
上記のとおり申請します。 令和6年 12月1日				
川崎市職員共済組合理事長 様				
〒123-4567				
川崎市○○区○○○1234-567				
請求者 (組合員)	住所(自宅)	044(○○○)○○○○		
	電話番号(自宅)	○○ ○○		
	氏名			