伺	下記のとおり決定して よろしいかお伺いします。	決 裁	課　長	課長補佐	係　長	係

特定疾病療養受療者認定申請書

組合員等 記号番号	100　—　8888	所属所名	○○市	
	氏　名	生　年　月　日		性　別
組　合　員	共済　太郎	(昭和) 平成	○　年　○　月　○　日	(男)・女
認定対象者	共済　太郎	(昭和) 平成 令和	○　年　○　月　○　日	(男)・女
認定対象者 住　所	山形県○○市○○町○－○－○	組合員 との続柄	本人	
疾病名称	1．　血友病 (2．)　人工透析治療を実施している慢性腎不全 3．　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			
医　師　の 意　見　書	上記の疾病について、診療を受けていることに相違ありません。 令和　○　年　○　月　○　日 医療機関の　名称　○　○　病　院 所在地　○○市○○町○○番地 医師名　医師　○　○　○　○			

上記のとおり申請します。

山形県市町村職員共済組合理事長　　様

令和　○　年　○　月　○　日

組合員　住　所　○○市○○町○－○－○
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。

所属所
受付印

令和　○　年　○　月　○　日

所属所長　職　名　○　○　市　長
氏　名　○　○　○　○

(R7. 4. 1)

※　認定対象者には「特定疾病療養受療証」が交付されます。
※　重度心身障がい（児）者医療費助成制度の適用を受ける場合は別途届出が必要です。
※　退職したとき、被扶養者認定取消となったときは証を返納してください。