

特定疾病療養受療証交付申請書

組合員氏名	共済 太郎		組合員証等	記号	〇〇〇	
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	〇〇年〇〇月〇〇日	番号	〇〇〇		
認定対象者の氏名	共済 花子	認定対象者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	〇〇年〇〇月〇〇日	組合員との続柄	妻
認定対象者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇町〇〇番地					
疾病名	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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Ⅸ因子障害 <input type="checkbox"/> 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)					
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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 名称 〇〇病院 医療機関所在地 〇〇〇市〇〇町〇〇番地 医師名 共済 一郎					
奈良県市町村職員共済組合理事長 殿 同 意 書 私は、奈良県市町村職員共済組合が、行政手続における特定の個人情報を識別するための番号の利用等に関する法律別表第二の主務省令に定める事務及び情報を定める命令第31条の2に規定する事務手続きを処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 氏名 共済 花子 (認定を受けようとする者が自署)						
上記のとおり申請します。 奈良県市町村職員共済組合理事長 殿 令和〇〇年〇〇月〇〇日 組合員 住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇町〇〇番地 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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 職名 〇〇〇長 所属所長 氏名 〇〇 〇〇						

(注) 市町村民税が非課税であって減額認定を受ける場合は、非課税であったことを証する書類(非課税証明書等)を添付してください。なお、同意書欄に署名がある場合は省略できます。