

※	事務局次長	班 長	班	主 査
下記のとおり承認する。				

特定疾病療養認定申請書

組合員証 記号番号	公立岡山	所属機関の 名 称			
組合員氏名		所属コード			
受診者氏名		受診者生年月日	和暦	年	月 日
受診者住所	〒			組合員との続柄	
医 師 の 証 明	疾 病 名	左 記 疾 病 の 初 診 日			
	1 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(血友病)	平成 令和	年	月	日
	2 同上第Ⅸ因子障害(血友病)	平成 令和	年	月	日
	3 人工腎臓(人工透析治療)を実施している慢性腎不全	平成 令和	年	月	日
	4 その他 ()	平成 令和	年	月	日
医師の意見(現在、予後等について参考となることがあれば、記入してください。)					
上記のとおり証明します。					
令和 年 月 日					
所在地					
医療機関 名 称					
医師名					
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合岡山支部長 殿 令和 年 月 日 住 所 組合員 氏 名			所属所受付印		支 部 受 付 印

※	事務局次長	班 長	班	主 査
下記のとおり承認する。				

特定疾病療養認定申請書

組合員証 記号番号	公立岡山 A〇〇〇〇〇	所属機関の 名 称	△△市立〇〇学校		
組合員氏名	岡山 太郎	所属コード	〇A〇〇〇		
受診者氏名	岡山 鶴子	受診者生年月日	和暦	昭和〇〇 年 〇 月 〇〇 日	
受診者住所	〒000-0000 〇〇市〇〇1-2-3			組合員との続柄	妻
医 師 の 証 明	疾 病 名		左 記 疾 病 の 初 診 日		
	1	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(血友病)	平成 令和	年	月 日
	2	同上第Ⅸ因子障害(血友病)	平成 令和	年	月 日
	3	人工腎臓(人工透		年	月 日
	4	その他 (年	月 日
	医師	※医師の証明をもらう			ください。)
上記のとおり証		令和 年			
		所在地			
		医療機関 名 称			
		医師名	(印)		
上記のとおり申請します。			所属所受付印	支 部 受 付 印	
公立学校共済組合岡山支部長 殿 令和 〇 年 〇 月 〇 日 住 所 〇〇市〇〇1-2-3 組合員 氏 名 岡山 太郎					