

※	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

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。			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 年 月 日				
住 所				
組合員				
氏 名				

※	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

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(人工透析)		年	月 日
	4 その他 (		年	月 日
	医師 の 証 明	<div style="border: 2px dotted black; border-radius: 50%; padding: 20px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">※医師の証明をもらう</p> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">ください。)</p>		
上記のとおり証明	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		<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">         所属所 受付印       </div>		