所属所

受付年月日

特定疾病療養受療証交付申請書

組合員が記入する欄	組合員氏名及び生年月日	○○○○ (昭)・平○○年　○月　○日		組合員等記号・番号	○○○—○○○		
	認定対象者の氏名	○○○○	認定対象者の生年月日	(昭) 平 令　○○年○月　○日	組合員との続柄	○	
	認定対象者の住所	○○○○○○○					
	疾病名	1．血友病 (2．) 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3．その他(　　)					

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 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 医療機関の 名称 ○○○○ 所在地 ○○○○○○ 医師名 ○○○○

上記のとおり申請します。

鳥取県市町村職員共済組合理事長　様

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

組合員 住所 ○○○○○○○

氏名 ○○○○

(R7.4.1)

留意事項

組合員または被扶養者が人工透析を必要とする慢性腎不全や血友病等の診療を受け、共済組合の認定を受けたときは、同一の月にそれぞれ 1 つの医療機関等から受けた診療の自己負担限度額が 10,000 円（人工透析を必要とする 70 歳未満の組合員のうち標準報酬月額 530,000 円以上の人は 20,000 円）となります。

この制度を受ける場合は、共済組合が発行する「特定疾病療養受療証」を組合員証等と共に医療機関等へ提示する必要があります。

「特定疾病療養受療証」の交付を受ける場合は、「特定疾病療養受療証交付申請書」を提出してください。

（R7.4.1）