



色付けされた欄に必要事項を記入してください。(提出する書類には色を付けないでください。)

### 特定疾病療養認定申請書

受付年月日

書面での提出の場合は押印してください。

組合員氏名	林 農太郎		組合員番号	0820-1234567800		所属局名	〇〇局〇〇課	
療養者氏名	林 花子		続柄	子		住所	大阪府〇〇市〇〇町1-2-10	
生年月日	平成14年5月30日		性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>				
医療機関名	医療法人社団〇〇会 〇〇病院		【該当する疾病】					
所在地	大阪府〇〇市〇〇町〇-〇		<ul style="list-style-type: none"> <li>・血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅳ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害</li> <li>・人工腎臓を実施している慢性腎不全</li> <li>・抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定め</li> </ul>					
医師の証明	疾病の名称	慢性腎不全						
	意見	<p>疾病の名称について、 詳細な意見を医師に記入してもらってください。</p> <p>病院にて証明を受けてください。</p>						
平成 年 月 日		住所		大阪府〇〇市〇〇町1-2-10		氏名		林 農太郎

上記のとおり申請します。

令和3年1月5日

農林水産省共済組合事務執行者 殿

申請者

住所 大阪府〇〇市〇〇町1-2-10

氏名 林 農太郎

