

特別療養証明書交付申請書

旧組合員証 記号番号	999-9999		旧組合員氏名	共済 太郎		旧組合員の資格 喪失年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	旧所属 機関名	〇〇市		
			生年月日	昭和37年12月 1日							
療養者に関 する事項	氏名	共済 太郎		生年月日	昭和37年12月 1日		旧組合員 との続柄	本人		性別	男 女
証明書の受給期限	〇〇 年〇〇 月〇〇 日		他制度による療養給付の可否 (可の場合における制度の名称)			可 <input checked="" type="radio"/> 否 (制度の名称:)					
傷 病 名	高血圧症			慢性肝炎			腰痛症				
給付開始年月日	〇〇 年〇〇 月〇〇 日			〇〇 年〇〇 月〇〇 日			〇〇 年〇〇 月〇〇 日				
資格喪失の際療養の給付等を担当し ていた保険医療機関等の名称及び所 在地	名 称	〇〇病院									
	所 在 地	〇〇市〇〇5丁目5番5号									
現に療養の給付等を担当している保 険医療機関等の名称、所在地及び診療 に従事する保険医の氏名	名 称	〇〇病院				保険医の氏名	〇〇 〇〇				
	所 在 地	〇〇市〇〇5丁目5番5号									
この申請を行う際の傷病の程度及び 療養等の状況	〇〇〇の状態であるため、3ヶ月程度継続して治療を受ける。										
上記のとおり申請します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 平成〇〇年〇〇月〇〇日									共済組合受付印		
申請者									住所 〇〇市△△1丁目2番3号		
氏名 共済 太郎									共済 印		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成〇〇年〇〇月〇〇日									所属所長		
職名 〇〇市長									印		
氏名 〇〇 〇〇									印		