

特別療養証明書交付申請書

旧組合員の 組合員等記 号・番号又 は個人番号	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 令和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											
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和〇〇年〇〇月〇〇日										所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇	

「旧組合員の組合員等記号・番号又は個人番号」欄には、旧組合員の組合員等記号・番号又は個人番号のいずれかを記入すること。