

特別療養証明書交付申請書

旧組合員証 記号番号又 は個人番号	—	旧組合員氏名		旧組合員の資格 喪失年月日	平成 年 月 日	旧所属所名	
		生年月日	昭和 平成 年 月 日				
療養者に関 する事項	フリガナ 氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日	旧組合員 との続柄		性別	男・女
証明書の受給期限	平成 年 月 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・否 (制度の名称:)			
傷病名							
給付開始年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 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						
	所在地						
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					保険医の氏名	
	所在地						
この申請を行う際の傷病の程度 及び療養等の状況							
上記のとおり申請します。 青森県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日							
申請者 住所 氏名 ⑩							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日							
所属所長 職名 氏名 印							

(注) 「旧組合員証記号番号又は個人番号」欄には、旧組合員証記号番号又は個人番号のいずれかを記入してください。