別紙様式第22号

# 特別療養証明書交付申請書

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 旧組合員等記号番号又は個人番号 | 111 — 123 | 旧組合員氏名 | 共済　太郎 | 旧組合員の資格喪失年月日 | 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | 旧所属所名 | 〇〇市 |
| | | 生年月日 | 平成 〇〇 年 1 月 2 日 | | | | |
| 療養者に関する事項 | フリガナ<br>氏名 | キョウサイ タロウ<br>共済　太郎 | 生年月日 | 平成 〇〇 年 1 月 2 日 | 旧組合員との続柄 | 本人 | 性別 | 男 |
| 証明書の受給期限 | 令和 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・(否)　（制度の名称：　　） | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 傷病名 | 〇〇〇病 | □□□病 | |
| 給付開始年月日 | 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | 令和　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 | 〇〇病院 | | |
| | 所在地 | 〇〇市〇〇４－５－６ | | |
| 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 | 〇〇市〇〇４－５－６ | | |
| この申請を行う際の傷病の程度及び療養等の状況 | 〇〇により療養を要する。 | | | |

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

令和 〇 年 4 月 26 日

申請者　住所　〇〇市××１－２－３

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 年 5 月 7 日

所属所長　職名　〇〇市長

氏名　〇〇　〇〇

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