

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	—		旧組合員氏名		旧組合員の資格 喪失年月日	令和 年 月 日	旧所属所名		
			生年月日	年 月 日					
療養者に関 する事項	フガナ 氏名			生年月日	年 月 日	旧組合員 との続柄		性別	
証明書の受給期限	令和 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	令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 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								
	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									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>青森県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名</p>									
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職 名 氏 名</p>									

(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。