

特 別 療 養 証 明 書 交 付 申 請 書

旧組合員証 記号番号	旧組合員氏名		生年月日		旧組合員の資格 喪失年月日	年 月 日		旧所属 機関名		
						年 月 日				
療養者に関 する事項	氏名	生年月日		年 月 日		旧組合員 との続柄			性別	男 女
証明書の受給期限	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	年 月 日		年 月 日		年 月 日		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>鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 申 請 者 氏 名 印</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;">職 名 所属所長 氏 名 印</p>										

備考 日雇特例被保険者手帳の写しを添えて提出してください。