

記入例

日中連絡のつく電話番号、内線番号等を記入

特別療養証明書交付申請書

旧組合員等記号番号	〇〇〇 ×××× ×××	旧組合員氏名 生年月日	防衛 太郎 〇年〇月〇日	旧組合員の資格喪失年月日	〇年〇月〇日	所属部局課 (部隊名) 連絡先電話番号	〇〇課 XXX-XXXX-XXXX (内線XXXX)
資格喪失時の組合員等記号番号を記入	氏名	防衛 太郎	生年月日	〇年〇月〇日	旧組合員との続柄	本人	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
期限	〇年〇月〇日	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)			否 可 (制度の名称:)		
傷病名	〇〇〇〇						
給付等機地	給付等機地	名 称	防衛省共済組合〇〇支部				
資格喪失の際の従事する保険医の氏名	所在地	〇〇〇〇					
特別療養を受けることができる期限を記入	所在地	名 称	〇〇〇〇	保険医の氏名	〇〇〇〇		
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	所在地	〇〇〇〇					
この申請を行う際の傷病の程度及び療養等の状況	〇〇〇〇						

上記のとおり申請します。
防衛省共済組合 市ヶ谷センター所属所長 殿
年 **記入不要** 月 日

住 所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇〇
申請者 氏名 **防衛 太郎**