

# 特定疾病療養受療証 交付申請書

組合員が記入する欄	組合員氏名 及び生年月日		組合員証の記号 及び番号		
		年 月 日		年 月 日	組合員 との 続柄
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日		
	認定対象者の 住 所				
	疾 病 名	1 . 血友病 2 . 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3 .			

医師の意見欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 名称 所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 <span style="float: right;">印</span></p>
--------	---

上記のとおり申請します。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日

住所  
組合員 氏 名

印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職 名  
所属所長 氏 名

印