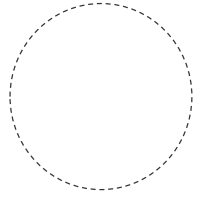


決 裁	確 認	係

受付印



特定疾病療養受療証交付申請書

組 合 員 記 入 欄	組合員等 記号番号	—	組合員氏名 及び生年月日	年 月 日	
	受療者 氏 名	続柄 ()	受療者 生年月日	年 月 日	
	受療者 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. 血液凝固因子製剤によるHIV感染症 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			
医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 所在地 医療機関 名 称 医師名 </div>				
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 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 住 所 組合員 氏 名 </div>					
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 </div>					