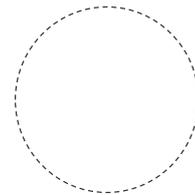


| | | |
|----|----|----|
| 課長 | 係長 | 係員 |
| | | |

受付印



特定疾病療養受療証 交付申請書

| | | | | |
|--------|--------------|---|-----------------|-------|
| 組合員記入欄 | 組合員証 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。 | | | |
| | 年 月 日 | | | |
| | 医療機関 名称 所在 | | | |
| | 医師名 | | | |

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

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