

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	共 済 太 郎 昭和〇〇年 〇〇 月 〇〇 日	組合員証の記号 及 び 番 号	〇〇〇 - 〇〇〇〇〇		
	認定対象者の氏名	共 済 太 郎	認定対象者の生年月日	昭和〇〇年 〇〇 月 〇〇 日	組合員の続柄	本人
	認定対象者の住所	水戸市笠原町〇〇〇-〇				
	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. 〇〇〇〇				

該当する疾病にマルをつけてください。

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。					
	令和〇〇年 〇 月 〇					
	名称		〇〇〇〇総合病院			
	医療機関の所在		水戸市〇〇町〇〇〇-〇			
医師名		〇〇〇〇				

「医師の意見欄」は医師が記入します。

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

令和〇〇年 〇〇 月 〇〇 日

組合員

住 所 水戸市笠原町〇〇〇-〇

氏 名 共 済 太 郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和〇〇年 〇〇 月 〇〇 日

所属所長

職 名 〇〇〇〇

氏 名 〇 〇 〇 〇