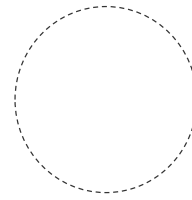


|     |     |   |
|-----|-----|---|
| 決 裁 | 確 認 | 係 |
|     |     |   |

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<br>記号番号              | 〇〇〇 - 〇〇〇〇〇   | 組合員氏名<br>及び生年月日 | 共 濟 太 郎<br>平成〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |
|                         | 受療者<br>氏 名                | 共 濟 太 郎<br>続柄 ( 本人 )  | 受療者<br>生年月日     | 平成〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日            |
|                         | 受療者<br>住 所                | 茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地   |                 |                             |
|                         | 疾病名                       | 1. 血友病<br>2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全<br>3. 血液凝固因子製剤によるHIV感染症<br>抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 |                 |                             |
| 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 〇〇 月 〇〇 日           | 「医師の意見欄」は医師が記入します。  |                 |                             |
| 所在地 〇〇〇〇総合病院            |                           |   |                 |                             |
| 医療機関 名 称 茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地  |                           |   |                 |                             |
| 医師名 〇〇 〇〇               |                           |   |                 |                             |
| 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         |                           |   |                 |                             |
| 住 所 茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地       |                           |   |                 |                             |
| 組合員 氏 名 共 濟 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         |                           |   |                 |                             |
| 職 名 〇〇市長                |                           |   |                 |                             |
| 所属所長 氏 名 〇〇 〇〇          |                           |   |                 |                             |