

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	年 月 日	組合員証の記号 及び番号		
	認定対象者の氏名	認定対象者の生年月日	年 月 日	組合員との続柄	
	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	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: 10px 0;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 医療機関の名称 所在地 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 医師名 印 </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

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