


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	111-1111	
	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	組合員との続柄 本人
	認定対象者の住所	〇〇〇〇〇〇			
	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			

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。				
	平成〇〇年〇〇月〇〇日				
	医療機関の名称 〇〇〇〇総合病院 所在地 水戸市〇〇町〇〇〇-〇				
	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

平成〇〇年〇〇月〇〇日

組合員 住所 水戸市笠原町978-26
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。

平成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