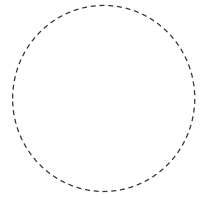


課長	係長	係員

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