

# 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 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	<p style="text-align: center;">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医療機関の</p> <p style="text-align: center;">所 在</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p>
--------	---

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 氏 名