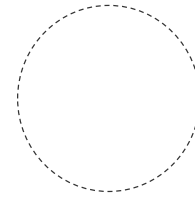


課長	係長	係員

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	〇〇〇 - 〇〇〇〇〇	組合員氏名 及び生年月日	共 濟 太 郎 平成〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	受療者 氏 名	共 濟 太 郎 続柄 (本人)	受療者 生年月日	平成〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	受療者 住 所	茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地		
	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		

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。
	医療機関 名称 〇〇〇〇総合病院 所在 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