

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		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	組合員証 記号番号	
	認定対象者 氏名		認定対象者 生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	組合員 との続柄	
	認定対象者 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. ()				

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 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 名 称 医療機関の 所在地 医師名 </div> <div style="text-align: right;">(印)</div>
--------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

上記のとおり申請します。

大分県市町村職員共済組合 理事長

殿

平成 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。

平成 年 月 日

職名
所属所長
氏名

(印)