

# 特定疾病療養受療証 交付申請書

組合員が記入する欄	組合員証 記号番号		組合員 氏名		組合員 生年月日	昭和 年 月 日	
	受診者 氏名		受診者 生年月日	昭和 平成	年 月 日	組合員との 続柄	
	認定を受けようとする者の住所	〒					tel
	疾 病 名	1 血友病 2 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 3 人工透析を必要とする慢性腎臓疾患（透析開始 平成 年 月 日）					

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;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 名称 所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 <span style="float: right;">Ⓜ</span></p>
--------	---

上記のとおり申請します。

愛知県市町村職員共済組合理事長様

平成 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。

平成 年 月 日

職 名  
所属所長 氏名

Ⓜ