

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	〇〇〇-〇〇〇	組 合 員 氏 名	共 濟 太 郎	組 合 員 生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
	受 診 者 氏 名	共 濟 太 郎		受 診 者 生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	組 合 員 と の 続 柄	本 人	
	認 定 を 受 け よ う と する 者 の 住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇						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 平成〇〇年〇〇月〇〇日)						

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。							
	平成〇〇年〇〇月〇〇日							
			医 療 機 関 名 称		〇〇病院			
			所 在 地		〇〇市〇〇町〇〇			
		医 師 名		〇 〇 〇 〇 印				

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

平成〇〇年〇〇月〇〇日

組 合 員 住 所 〇〇市〇〇町〇〇
氏 名 共 濟 太 郎 印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

所 属 所 長 職 名 〇〇市長
氏 名 〇 〇 〇 〇 印