

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	共済 太郎	組合員 生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 平成	
	受診者 氏名	共済 太郎		受診者 生年月日	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日 令和	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 令和 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。					
	令和 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				

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

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

組合員 住所 〇〇市〇〇町〇〇
氏名 〇〇 〇〇

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

所属所長 職名 〇〇市長
氏名 〇〇 〇〇