

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		記号番号	-	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	受診者氏名		生年月日	昭和 平成 令和	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 令和 年 月 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 年 月 日								
	医療機関 名称 所在地								
	医師名								

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 年 月 日

組合員 住所
氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属所長 職名
氏名