

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	共済 太郎	記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年〇〇月〇〇日
	受診者氏名	共済 太郎	生年月日	昭和 平成 令和	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 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