

特定疾病療養受療証 交付申請書

組合員が記入する欄	組合員氏名及び生年月日	明・大・昭 年 月 日	組合員証の記号及び番号	.	
	認定対象者の氏名	認定対象者の生年月日	大昭平 年 月 日	続柄	
	認定対象者の住所				
	疾病名	1 血友病 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3			

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;">名称 医療機関の 所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>
--------	---

上記のとおり申請します。

長野県市町村職員共済組合理事長 殿

平成 年 月 日

住所
組合員氏名

(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 年 月 日

職名
所属所名
氏名

(印)