# 特 定 疾 病 療 養 受 療 証

# 交　付　申　請　書

<table>
<tr><td rowspan="4">組合員が記入する欄</td><td>組合員氏名及び生年月日</td><td colspan="2">（　　年　　月　　日生）</td><td>組合員証記号番号</td><td colspan="3">－</td></tr>
<tr><td>認定対象者の氏名</td><td></td><td>認定対象者の生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>認定対象者の住所</td><td colspan="6">〒</td></tr>
<tr><td>疾病名</td><td colspan="6">1　血友病<br>2　人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全<br>3</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>医師の意見欄</td><td>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。<br>年　　月　　日<br>医療機関の 名称<br>所在地<br>医師名　　㊞</td></tr>
</table>

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　様

年　　月　　日

住所

組合員　（TEL:　　－　　－　　）

氏名　　㊞

（組合員が自ら署名する場合は、押印不要です。）

※ 組合員住所へ直接送付します。