

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	(昭・平 年 月 日生)	組 合 員 等 記 号 ・ 番 号	—		
	認 定 対 象 者 の 氏 名		認 定 対 象 者 の 生 年 月 日	昭 和 平 成 年 月 日 令 和	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;">令和 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>
----------------------------	--

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

令和 年 月 日

住 所

組 合 員 (TEL: — —)

氏 名

※ 組合員住所へ直接送付します。