

# 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>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>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医療機関の</p> <p style="text-align: right;">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。