

特 定 疾 病 療 養 受 療 証  
交 付 申 請 書

|   |                    |                                     |                        |       |
|---|--------------------|-------------------------------------|------------------------|-------|
| 組<br>合<br>員<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>欄 | 組 合 員 名 前          |                                     | 組 合 員 等 記 号 ・ 番 号      |       |
|   | 認 定 対 象 者 の<br>名 前 |                                     | 認 定 対 象 者 の<br>生 年 月 日 | 年 月 日 |
|   | 認 定 対 象 者 の<br>住 所 |                                     |                        |       |
|   | 疾 病 名              | 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 |                        |       |

|                            |                           |  |  |  |
|----------------------------|---------------------------|--|--|--|
| 医<br>師<br>の<br>意<br>見<br>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。 |  |  |  |
|                            | 年 月 日                     |  |  |  |
|                            | 名 称                       |  |  |  |
|                            | 医 療 機 関                   |  |  |  |
|                            | 所 在 地                     |  |  |  |
| 医 師 名                      |                           |  |  |  |

上記のとおり申請します。

広島県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日

住 所

組 合 員

名 前

|          |                                 |      |    |    |   |
|----------|---------------------------------|------|----|----|---|
| 共済組合受付日付 | 上 記 の と お り 受 理 し て よ ろ し い か 。 |      |    |    |   |
|          | 課 長                             | 課長補佐 | 係長 | 主務 | 係 |
|          |                                 |      |    |    |   |

※ 組合員等記号・番号欄は、組合員等記号・番号又は個人番号を記入してください。

(この申請書に記入された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。)