

< 人工透析等の特定療養の治療を行う場合 >

様式第5号

特定疾病療養受療証
交付申請書

| | | | | |
|-----------|---|----------|------------|-------------|
| 組合員が記入する欄 | 組合員名前 | 共 済 太 郎 | 組合員等記号・番号 | |
| | | | △△△△-△△△△ | |
| | 認定対象者の名前 | 共 済 太 郎 | 認定対象者の生年月日 | △△△△年△△月△△日 |
| | 認定対象者の住所 | 〇〇市〇〇町〇〇 | | |
| 疾 病 名 | <ol style="list-style-type: none"> 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 | 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 | 〇〇病院 | |
| | | 医 療 機 関 | | |
| | | 所 在 地 | 〇〇市〇〇町〇〇 | |
| | 医 師 名 | 病院 太郎 | | |

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 〇〇市〇〇町〇〇

組合員

名 前 共 済 太 郎