

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 | 共済 太郎 | 生年月日 | 昭・平・令 〇〇年 8月 20日 | 組合員証 記号番号 | 〇〇〇- ×××× |
| | 認定対象者氏名 | 共済 太郎 | 認定対象者生年月日 | 昭・平・令 〇〇年 8月 20日 | 組合員との続柄 | 本人 |
| | 認定対象者住所 | 大分市〇〇町1-2-3 | | | | |
| | 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 style="text-align: center;">令和 〇〇年 5月 1日</p> <p style="text-align: right;">名 称 〇〇病院</p> <p style="text-align: right;">医療機関所在地 大分市〇〇町4-5-6</p> <p style="text-align: right;">医師名 〇〇 〇〇</p> |
|--------|---|

R3.4

上記のとおり申請します。

大分県市町村職員共済組合 理事長 様

令和 〇〇年 5月 2日

住 所 大分市〇〇町1-2-3
組 合 員 氏 名 共済 太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 〇〇年 5月 2日

職 名 〇〇市長
所 属 所 長 氏 名 〇〇 〇〇