特定疾病療養受療証交付申請書

組合員が記入する欄	組合員等記号番号	企業ｺｰﾄﾞ 111 （ 3 ） 222	フリガナ 組合員氏名及び生年月日	キョウサイ　タロウ 共済　太郎 平成 ○○ 年 1 月 2 日
	フリガナ 認定対象者氏名及び生年月日	キョウサイ　タロウ 共済　太郎 平成 ○○ 年 1 月 2 日	組合員との続柄	本人
	認定対象者の住所	○○市××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	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 ○ 年 4 月 2 日 医療機関 名称 ○○病院 所在地 ○○市○○４－５－６ 医師名 ○ ○ ○ ○			

上記のとおり申請します。

青森県市町村職員共済組合理事長　様

令和 ○ 年 4 月 26 日

組合員
住所 ○○市××１－２－３
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 ○ 年 5 月 7 日

所属所長
職名 ○○市長
氏名 ○ ○ ○ ○