特定疾病療養受療証交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="5">組合員が記入する欄</td><td rowspan="2">組合員等
記号番号</td><td rowspan="2">企業ｺｰﾄﾞ
（　　）</td><td>フ リ ガ ナ</td><td></td></tr>
<tr><td>組 合 員 氏 名
及び生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>フ リ ガ ナ</td><td></td><td rowspan="2">組合員との続柄</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>認定対象者氏名
及び生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td></td><td>認 定 対 象 者
の　住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td>疾　病　名</td><td colspan="3">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（　　）</td></tr>
<tr><td>医師の意見欄</td><td colspan="4">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　　月　　日
名　称
医療機関　所在地
医師名</td></tr>
</table>

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　　月　　日

住 所
組 合 員
氏 名

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　　月　　日

職 名
所属所長
氏 名