

# 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 及び生年月日	(昭・平 年 月 日生)	組合員証号 記号番号	—		
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	
	認定対象者の住所	〒				
	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 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">                     名称                      医療機関の                      所在地                        医師名                 </div>
--------	--

上記のとおり申請します。

長野県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

住所

組合員 ( TEL: — — )

氏名

※ 組合員住所へ直接送付します。