

課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

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	静岡 太郎 <small>昭和 平成 令和</small> ○○年 4 月 1 日	組合員証の記号 及び番号	○○○ - ○○○○	
	認定対象者の 氏名	静岡 一郎	認定対象者 の生年月日	<small>昭 平 令</small> ○年 6 月 1 日	組合員 との 続柄 長男
	認定対象者の 住所	○○市○○町1-2-3			
	疾 病 名	①. 先天性血液凝固因子障害(血友病) 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 (人工透析開始日 年 月 日) 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			

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
	医療機関の名称 所在地
	医師名 (署名又は記名押印)

上記のとおり申請します。

静岡県市町村職員共済組合理事長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

組合員 住所 ○○市○○町1-2-3
氏名 静岡 太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

所属所長 職名 ○○市長
氏名 ○○ ○○