

| | | | | |
|----|------|-------|---|------|
| 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 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 組合員証の記号 及び番号 | - | |
| | 認定対象者の 氏名 | | 認定対象者 の生年月日 | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 組合員 との 続柄 |
| | 認定対象者の 住所 | | | | | | | |
| | 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

住所
組合員
氏名

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

職名
所属所長
氏名