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>組合員証
記号番号</td><td>企業ｺｰﾄﾞ
（　　）</td><td>フリガナ
組合員氏名
及び生年月日</td><td colspan="2">

昭和・平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>フリガナ
認定対象者氏名
及び生年月日</td><td colspan="2">

昭和・平成　　年　　月　　日</td><td>組合員との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>認定対象者の住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>疾病名</td><td colspan="4">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="5">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
平成　　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

平成　　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。

平成　　年　　月　　日

職　名
所属所長
氏　名　　印