

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	交 付 年 月 日	

## 特定疾病療養受療証交付申請書

記 号	番 号	フリガナ		所 属 所 名 ( 市 町 名 )
		組合員氏名		

組合員住所	
-------	--

医 師 の 意 見 書	療養者氏名				
	性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	昭和・平成	年 月 日
	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. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			
	上記のとおり、平成 年 月 日から治療を受けていることに相違ありません。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">           医 師 医療機関名            氏 名 (印)         </div>				

上記のとおり請求します。	
平成 年 月 日	
三重県市町村職員共済組合理事長 様	組合員住所
	組合員氏名 (印)

上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。	
平成 年 月 日	
所属所長	職 名
	氏 名 (印)