

事務局長	課長	主幹	係長	課員	本件 お伺い します 伺日

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	大・昭・平 年 月 日		組合員証の記号・番号	
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭・平 年 月 日	組合員と続柄
	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。				
	平成 年 月 日				
	名称 医療機関の 所在地				
	医師名 (印)				

上記のとおり申請します。

佐賀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

(印)

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)

承認	番号	第 号
	交付年月日	平成 年 月 日
	発効年月日	平成 年 月 日