

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・平 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. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (血液製剤の投与に起因するHIV感染者からの2次・3次感染者に限る)				

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					
	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。

鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿

令和 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。

令和 年 月 日

職名

所属所長

氏名

(印)