

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		組合員等の 記号・番号		(記号)	(番号)
	生年月日	昭・平・令 年 月 日			—	
	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. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 血液凝固因子製剤によるHIV感染症				

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 印					

§ 62-2 (202504)

上記のとおり申請します。

千葉県市町村職員共済組合理事長様

令和 年 月 日

組合員 住所
氏名

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

所属所長 職名
氏名