

特定疾病療養受療証 交付申請書

決 定 伺	課長	係長	係

組合員が記入する欄	組合員氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	組合員記号番号 又は個人番号	
	認定対象者の氏名	認定対象者の生年月日	昭平令 年 月 日	組合員の続柄
	認定対象者の住所			
	疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 3.		

医師の意見書	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	

上記のとおり申請します。

沖縄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

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