|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 決　裁 | 保険課長 |  | 2021.4 |
|  |  |  |

**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 | 組合員等  記号・番号 | － |
| 認定対象者の氏名  及び生年月日 | 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． | | |
| 医師の意見欄 | 上記のとおり診察を受けていることに相違ありません。  　　　　　　　年　　月　　日  医療機関　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名 | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　山口県市町村職員共済組合理事長　様  　　　　　　　　　　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。  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　所属所長　職　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 | | | | |

（注）　組合員等記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。