

決 裁	保険課長		

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。