

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	交 付 年 月 日	

特定疾病療養受療証交付申請書

記 号	番 号	フリガナ		所 属 所 名 (市 町 名)
		組合員氏名		

組合員住所	
-------	--

医 師 の 意 見 書	療養者氏名				
	性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	S・H・R	年 月 日
	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			
	上記のとおり、令和 年 月 日から治療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 <p align="center">医 師 医療機関名 氏 名</p>				

上記のとおり請求します。	
令和 年 月 日	
三重県市町村職員共済組合理事長 様	組合員住所
	組合員氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。	
令和 年 月 日	
所属所長	職 名
	氏 名