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・令　年　月　日	組合員等記号・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性のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群				

組合員氏名、生年月日、組合員等記号・番号を記入してください。

特定疾病療養受領証の交付を受ける対象者について記入してください。

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ないものと認めます。 令和　年　月　日 医療機関の所在地 及び名称 医師氏名　㊞

医師の証明を受けてください。

上記のとおり申請します。

神奈川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

請求年月日と組合員の住所・氏名を記入してください。

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

請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合長）の職名・氏名を記入してください。