

理事長	事務局長	次長	課長	副主幹	係
○					
下記申請を認め特定疾病療養受療証を交付してよろしいか。					

## 特定疾病療養受療証交付申請書

所属所名		記号	番号
組合員氏名		生年月日	大・昭 年 月 日
療養者氏名		生年月日	大・昭 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.		
医 師 の 意 見	住 所 医 師 氏 名 印		
上記のとおり申請します。 兵庫県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 印			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所長名 印			