

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	〇〇市	記号 123 番号 234
組合員氏名	共済 太郎	生年月日 大・昭43年1月1日
療養者氏名	共済 花子	生年月日 大・昭44年12月31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	<p>慢性腎不全のため、平成28年10月2日に血液透析療法を導入した。 今後とも永続的な血液透析を要す。</p> <p style="text-align: right;">住 所 〇〇市〇〇1-1-1 〇〇病院 医 師 氏 名 保健 春子 <span style="float: right;">印</span></p>
-------	---

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 28 年 10 月 17 日	住 所 〇〇市〇〇2-2
申請者	氏 名 共済 太郎 <span style="float: right;">印</span>

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。	
平成 28 年 10 月 18 日	〇〇市長
所属所長名 兵庫 一郎 <span style="float: right;">印</span>	