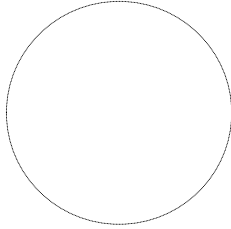


共済組合受付日付印



	課長	合議	担当
決裁			

特定疾病療養受療証  
交付申請書

組合員証 記号及び番号 又は個人番号	—	組合員氏名	
認定対象者 氏名		認定対象者 生年月日	昭和 平成 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 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 平成 年 月 日 所在地 医療機関の 名称 医師名 (印)		
上記のとおり申請します。 石川縣市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 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 職 名 所属 所属 氏名 (印)			