

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		組合員記号番号	地・長崎		
		生年月日	昭・平 年 月 日	所属所名			
	認定対象者	氏名		組合員との続柄			
		生年月日	昭・平・令 年 月 日				
		住所	〒 ー				
		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 後天性免疫不全症候群				

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。					
	令和 年 月 日					
	医療機関の所在地					
	名称					
	医師 名					印

上記のとおり申請します。					
地方職員共済組合長崎県支部長 様			令和 年 月 日		
請求者 住所					
氏名					
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					

※本庁所属所は、総務事務センター経由

総務事務センター受理年月日	共済組合受理年月日