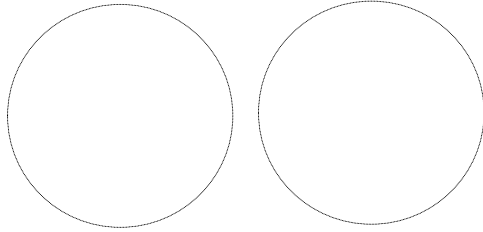


共済組合受付日付印

所属所受付日付印



決 裁	課 長	合 議	担 当

特 定 疾 病 療 養 受 療 証  
交 付 申 請 書

組 合 員 等 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 令 和 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。  令和 年 月 日  所在地 医療機関の 名 称  医師名 <span style="float: right;">⑩</span>		
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  令和 年 月 日  氏 名			
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。  令和 年 月 日  職 名 所属所長 氏 名			