

< 人工透析等の特定療養の治療を行う場合 >

様式第5号

特 定 疾 病 療 養 受 療 証
交付申請書

組合員が記入する欄	組合員名前	共済太郎		組合員等記号・番号
				△△△△-△△△△
	認定対象者の名前	共済太郎		認定対象者の生年月日
	認定対象者の住所	○○市○○町○○		
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。 △△△△年 △△月 △△日		
	名 称 ○○病院		
	医療機関 所在地 ○○市○○町○○		
	医 师 名 病院 太郎		

上記のとおり申請します。

広島県市町村職員共済組合理事長 様

△△△△年 △△月 △△日

住 所 ○○市○○町○○
組合員
名 前 共済太郎