特定疾病療養受療証交付申請書

組合員が記入する欄	組合員証記号番号	—	組合員氏名		所属機関名	

認定対象者	氏名（続柄）	（　　）	生年月日	年　月　日
	住所			
	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　開始日（　年　月　日） 3．その他　傷病名（　）		

医師の意見欄

上記のとおり診療を受けていること相違ありません。

年　月　日

医療機関の　名称
　　所在地

医師名

上記のとおり申請します。

山梨県市町村職員共済組合理事長　殿

年　月　日

住所

組合員

氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

職名

所属所長

氏名　　印

① 組合員証の記号・番号、組合員氏名、所属機関名（市町村・一部事務組合）を記入してください。

② 特定疾病療養受療証の交付を受ける対象者について記入してください。

③ 医師の証明を受けてください。

④ 請求年月日と請求者の住所・氏名を記入してください。

⑤ 請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入し押印してください。