

# 〔記入例〕

(交付年月日) 平成 年 月 日  
(発効年月日) 平成 年 月 日

## 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 及び生年月日	〇〇 〇〇 昭平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	組合員証番号 又は個人番号 (マイナンバー)	北都市 〇 第 〇〇〇 号
	認定対象者の氏名	〇〇 〇〇	認定対象者の生年月日	昭平 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	認定対象者の住所	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇		
	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	住所	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇		
	医療機関名称	〇〇〇〇病院		
	医師名	〇 〇 〇 〇		印

上記のとおり申請します。

北海道都市職員共済組合理事長 様  
平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇  
申請者氏名 〇 〇 〇 〇 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

職名 〇〇市長  
所属所長氏名 〇 〇 〇 〇 印