

(交付年月日) 令和 年 月 日

(発効年月日) 令和 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	昭・平・令 年 月 日	組合員証の 記号番号	北都市 第 号
	認定対象者 の氏名		認定対象者 の生年月日	昭・平・令 年 月 日
	認定対象者 の住所			
	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 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			
	住所			
	医療機関 名称 医師名			

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

令和 年 月 日

住所
申請者
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

職名
所属所長
氏名