事務局長	課　長	主　幹	係　長	課　員	本件お伺いします　年　月　日　伺

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	年　月　日		組合員等記号・番号		
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	年　月　日	組合員との続柄	
	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。 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。

佐賀県市町村職員共済組合理事長　様

年　月　日

組合員　住所
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

所属所長　職名
氏名

承認	番号	第　　号
	交付年月日	年　月　日
	発効年月日	年　月　日