特 定 疾 病 療 養 受 療 証 交 付 申 請 書

第110条の4の3様式

組合員等記号・番号又は個人番号												所属機関名
記号				番号								
個人番号（記号・番号を記入した場合は不要）												

組合員氏名		続　柄	
認定対象者の氏名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
認定対象者の住所			

疾　病　名	1　人工腎臓を実施している慢性腎不全 2　血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（ＨＩＶ感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）
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 医療機関　名　称 所在地 医 師 名

上記のとおり申請します。

群馬県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

申請者　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。

令和　　年　　月　　日

所属所長　職　名

氏　名