特定疾病療養受療証交付申請書

組合	組合員等記号番号	NGY	組合員氏名 及び生年月日		年	月	日
員が記	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 続 柄	本人・
入す	認定対象者の 住 所						
る欄	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う。 3. その他(公要のある慢性	:腎不全(人]	[透析開始	日 年	月 日))

F	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。			
医師	年 月 日			
の意	名 称 医療機関 所在地			
見	医師名			

上記のとおり申請します。

(あて先)

名古屋市職員共済組合理事長

年 月 日

住所又

は所属

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