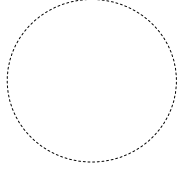


受 付 印



短期請求等様式第5号

決 裁	課 長	課長補佐	G L	担 当	合 議	公印使用 承認印

資格取得年月日		資格喪失年月日		※決定年月日	
---------	--	---------	--	--------	--

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	明・大・昭 年 月 日		組合員証 記号番号	
	認定対象者 の 氏 名		認定対象者 の生年月日	大 昭 年 月 日 平	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 書	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
	名 称 医療機関の 所在地
	医 師 名 印

上記のとおり申請します。

滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿

年 月 日 住 所
組 合 員
氏 名 印

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 印

- (注) 1. 適用を希望する月の末までに共済組合に提出（必着）してください。
2. ※印欄は記入しないで下さい。