

【記入例】

別紙様式第9号の1の2



所属所の受付印

特定疾病療養認定申請書

所 属 認 所 長 欄	職 印
----------------------------	-----

組 合 員 記 号 番 号	公立秋 ○○○○○	組合員氏名	共 済 一
受診者氏名	共 済 太 郎	組合員との 続 柄	父
生 年 月 日	昭和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日		
受診者住所	秋 田 県 秋 田 市 山 王 3 丁 目 1 - 1		
医 師	疾 病 名	左記疾病の初診日	
	1 慢性腎不全	令和○○年 ○ 月 ○ 日	
	2	年 月 日	
の 証 明	医 師 の 意 見 (現在、予後等について 参考となることがあ れば、記入してください)	(例) 令和○○年○月○○日より 週3回の血液透析が必要	
	上記のとおり証明します。 令和 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日 所在地 秋 田 県 秋 田 市 山 王 ○ - ○ - ○ 医療機関名称 ○○病院 医師名 ○○ ○○ (印)		
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合秋田支部長 殿 令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日 住 所 秋 田 県 秋 田 市 山 王 3 丁 目 1 - 1 組合員氏名 共 済 一			