



所属所の受付印

特定疾病療養認定申請書

所 検 属 認 所 長 欄	
---------------------------------	--

組合員証 記号番号	公立秋	組合員氏名	
受診者氏名			組合員との 続柄
生年月日	年 月 日		
受診者住所			
医 師 の 証 明	疾 病 名		左記疾病の初診日
	1		年 月 日
	2		年 月 日
	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)		
上記のとおり証明します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 令和 年 月 日 所在地 医療機関名称 医師名 印 </div>			
上記のとおり申請します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 公立学校共済組合秋田支部長 殿 令和 年 月 日 住所 組合員氏名 </div>			