

【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 証 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 の 証 明	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	
	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			