



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 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		
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。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名称 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 組合員氏名				