

## 特定疾病療養認定申請書

組合員氏名		所属コード	
		組合員証番号	
受診者氏名 性別・続柄	組合員との続柄 (                      )	受診者の 生年月日	昭和 平成 令和 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	昭和 平成 令和 年    月    日	
	2	昭和 平成 令和 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。]		
証 明	上記のとおり証明します。 令和    年    月    日 医療機関所在地 名 称 医 師 氏 名		
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合青森支部長 殿 令和    年    月    日 (〒            -            ) (☎            -            -            ) 組 合 員 住 所 氏 名			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和    年    月    日 (〒            -            ) (☎            -            -            ) 所属所所在地 所 属 所 名 職 名 所属所長 氏 名 (所属所受理年月日 令 和    年    月    日)			

※ 申請書に記載された個人情報、業務を遂行するため利用するものであり、他の目的に使用することはありません。