

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

特定疾病療養認定申請書

所属コード・所属名				
組合員証記号・番号	公立岐 番号	組合員氏名		
受診者名		組合員との 続 柄		
受診者生年月日	年 月 日生			
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。			
	証明 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 電話番号 () — 医療機関 名称 医師名			
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合岐阜支部長 様 令和 年 月 日 住所 組合員 氏名				

- * 申請者氏名を自署する場合は、押印不要です。
- * 後天性免疫不全症候群（HIV感染を含む）の申請の場合、所属の証明及び医師の証明は必要ありません。ただし、医師の証明に替えて添付書類が必要となります。
- * 慢性腎不全に係る更正医療券がある場合はその写しを添付してください。