

所属所受付印

特定疾病療養認定申請書

年 月 日

組合員証 記号番号	公立広島	組合員氏名			
受診者氏名			組合員との		
生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄			
受診者住所					
医 師 の 証 明	疾 病 名	左記疾病の初診日			
	1	昭・平・令 年 月 日			
	2	昭・平・令 年 月 日			
	医師の意見 (現在、予後等について参 考になることがあれば、 記入してください。)				
	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 医療機関 所在地 名称 医師氏名 印 </div>				
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合広島支部長 様 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> 住所 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> 組合員 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> 氏名 </div>					
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 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-right: 10px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">所属コード</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> 所属所所在地 所属所名 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 10px;"> 職名 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> 所属所長氏名 </div>				所属コード	
所属コード					