

所属所受付印

特定疾病療養認定申請書

組合員等番号			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 医療機関 所在地 名 称 医師氏名 ⑩				
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 住 所 組合員 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 所属所コード 所属所所在地 所 属 所 名 所属所長 職 名 氏 名					