

特定疾病療養認定申請書

所属所受付印

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								
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。 〕											
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												
<table><tr><td>所属コード</td><td>所属所所在地</td></tr><tr><td></td><td>所 属 所 名</td></tr><tr><td></td><td>職 名</td></tr><tr><td></td><td>所属所長 氏 名</td></tr></table>					所属コード	所属所所在地		所 属 所 名		職 名		所属所長 氏 名
所属コード	所属所所在地											
	所 属 所 名											
	職 名											
	所属所長 氏 名											