特定疾病療養認定申請書（台帳）

所属所受付印

組合員証 記号番号	公立茨城 第　　号	フリガナ 組合員氏名 〔給与のゴム印〕		所属所名 所属コード 〔給与のゴム印〕	
受診者氏名				組合員との 続　柄	
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。	
	上記のとおり証明します。 令和　　年　　月　　日 所在地 医療機関　名　称 医師名　　印	

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合茨城支部長　殿

令和　　年　　月　　日

（〒　　－　　）

住所

組合員

氏名

所属所所在地	（〒　　－　　） （電話番号）	
特定疾病療養受領証 （支部記入欄）	交付　年　月　日	令和　年　月　日
	発効年月日（受理月の初日）	令和　年　月　日