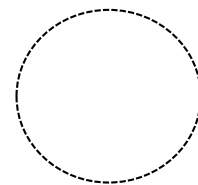


特定疾病療養認定申請書（台帳）



所属所受付印

組合員等 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		
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 (〒 ー) 住 所 組合員 氏 名					
所属所所在地	(〒 ー) (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			