

所属所受付印	共済組合受付印

特定疾病療養認定申請書

[有効開始日は、所属所受付日の属する
月の初日からとなります。]

組合員証記号番号				組合員氏名		所属所コード				所属所名											
公立																					
三重																					
受診者	(フリガナ)											生年月日				性別					
	氏名											組合員との続柄					年号	年	月	日	
																昭和: 3					男: 1 女: 2
																平成: 4					
																令和: 5					
郵便番号				住所																	
			-																		
医師の証明	疾病名											左記疾病の初診日									
	1.												年	月	日						
	2.												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												住 所								
医 療 機 関 名 称												(印)									
医 師 名																					
上記のとおり申請します。																					
公立学校共済組合三重支部長 様																					
令和 年 月 日												〒 -									
住 所																					
申 請 者 氏 名																					
TEL												-									

注. 添付書類は必要ありません。