


特定疾病療養認定申請書

(本欄開始日は、所属受付印の属する)

必ず所属所の受付印をお願いします。
(任意継続組合員の方は受付印不要)

所属所受付印	共済組合受付印
	

所属所コード	所属所名
三重 9 8 7 6 5 4 3 2 公立 花子 1 2 3 4 5 6	津市立共済小学校

受診者	氏名 (フリガナ)	組合員との続柄	生年月日	性別
	任意継続組合員の方は、“999999”と記入してください。	夫	年号	男：1 1 女：2
	住所	昭和：3 平成：4 令和：5	3 4 0 0 5 0 5	
5 1 4 - X X X X		三重県津市〇〇町XX番地		

疾病名	左記疾病の初診日
1. 慢性腎不全	令和 XX 年 XX 月 XX 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。)

令和XX年XX月XX日に発症、〇〇〇〇総合病院から紹介を受け、現在当クリニックにおいて1週間に3日の割合で人口透析を行っている。

医師の証明

上記のとおり証明します。

令和 XX 年 XX 月 XX 日

住所 津市〇〇〇町〇〇-〇〇

医療機関 名称 △△△△クリニック

医師名 三重 完治郎

医療機関にて医師の証明を受けてください。

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 XX 年 XX 月 XX 日

〒 514 - XXXX

住所 三重県津市〇〇町XX番地

氏名 公立 花子

TEL 059 - 224 - XXXX

組合員が申請を行ってください。

申請者

注. 添付書類は必要ありません。