

# 特定疾病療養認定申請書

〔有効開始日は、共済組合受付日の属する月の初日からとなります。〕

組合員等記号番号		組合員氏名		所属所コード		所属所名		
公立 三重	98765432	公立 花子		1	2	3	4	
				津市立共済小学校				
受診者	(フリガナ) 氏名		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	年	月	日
					昭和：3	3	4	0
				平成：4	0	5	0	
				令和：5	5	0	5	
				住所		男：1 女：2		
		514 - XXXX		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				
医師の証明		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。				
		上記のとおり証明します。		医療機関にて医師の証明を受けてください。				
		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		三重		
		医師名		三重 完治郎				
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		〒 514 - XXXX				
		令和 XX 年 XX 月 XX 日		住所 三重県津市〇〇町XX番地				
組合員が申請を行ってください。		申請者		氏名 公立 花子				
				TEL 059 - 224 - XXXX				

注. 添付書類は必要ありません。