

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										
受診者	(フリガナ) 氏名			組合員との続柄	生年月日				性別	
					年号	年	月	日		
				昭和：3 平成：4 令和：5				男：1 女：2		
	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										
医師名										
(印)										
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。