

## 特定疾病療養認定申請書

組合員証 記号番号	公立長崎 第 号	組合員氏名	
受診者氏名	組合員との 続 柄		
生年月日	年 月 日		
受診者住所			
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 所在地 医療機関 名称 医師名 (印)			
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合長崎支部長 様 令和 年 月 日 住所 組合員 氏名			

所 属 所  
受 付 年 月 日