

## 特 定 疾 病 療 養 認 定 申 請 書

組合員証 記号番号	公立佐賀	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					
上記のとおり申請します。					
公立学校共済組合佐賀支部長 様					
令和            年            月            日					
住所					
組 合 員 氏 名					