

## 特定疾病療養認定申請書

所属所名		共済組合受付印
組合員等 記号・番号	公立島根	
組合員氏名		
受診者氏名		
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	組合員との続柄
受診者住所		
医 師 の 証 明	疾 病 名	左記疾病の初診日
	1	平成・令和 年 月 日
	2	平成・令和 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 ⑩	
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合島根支部長 様 令和 年 月 日 住所 組合員 氏名 (自署によらない場合は押印が必要です。)		
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所名 所属所長 (職・氏名) 公印	