

特定疾病療養認定申請書

組合員証番号	任意継続組合員氏名															
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>													円	標準報酬等級	*	
申請日の属する月の「標準報酬月額」																
受診者氏名					組合員との続柄											
生年月日	昭和・平成・令和 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			昭和 平成 令和	年	月	日									
	2			昭和 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 ㊟															
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合徳島支部長 殿 令和 年 月 日 〒 ㊟ 組合員住所 氏 名 (自署の場合省略可)																

※ 交付年月日				※ 発効年月日			
年号	年	月	日	年号	年	月	日

備考

枠は、記入しないでください。

公立学校共済組合	
----------	--

2021.11更新