

## 特定疾病療養認定申請書

資格確認書		所属所名 (所属コード)	任意継続組合員 (E 9998 )	組合員等 記号・番号	公立徳
保有・未保有				組合員氏名	
標準報酬月額				区分	共済記入欄
対象者	氏名		統柄	生年月日	昭和 平成 令和
	住所	〒			年 月 日
医師の証明					
疾病名			初診日	昭和 平成 令和	年 月 日
疾病名			初診日	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					
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>令和 年 月 日 所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師名 <span style="float: right;">印</span></p>					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>公立学校共済組合徳島支部長 殿 〒</p> <p>令和 年 月 日 組合員 住所</p> <p>氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: right;">(自署の場合省略可)</p>					

共済記入欄	交付年月日	発行年月日
	令和 年 月 日	令和 年 月 日

公立学校共済組合 受付欄	
-----------------	--

## 特定疾病療養認定申請書

資格確認書		所属所名 (所属コード)	任意継続組合員 (E 9998 )	組合員等 記号・番号	公立徳	1234567				
保有・未保有				組合員氏名	徳島 太郎					
標準報酬月額		320,000		区分	共済記入欄					
資格確認書未保有の 場合は証は発行され ません。		徳島 太郎	続柄 本人	生年月日 昭和 平成 令和	10	年	10	月	1	日
対象者	〒	対象者が被扶養者であり、住所が組合員と異なる場合は記入してください								

医師の証明										
疾病名					初診日	昭和 平成 令和	年	月	日	
疾病名					初診日	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										
医師名										印

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					〒	123-456				
令和 6 年 12 月 1 日			組合員	住所	組合員の住所を記入してください					
			氏名	徳島 太郎						
(自署の場合省略可)										

共済記入欄	交付年月日	発行年月日	公立学校共済組合 受付欄
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	