

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)	(E)	組合員等 記号・番号			
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	続柄 〒	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	住所						
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 〒 令和 年 月 日 組合員 住所 氏名 印 (自署の場合省略可)							
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 職名 所属所長 氏名							
				所属所受付年月日 所属所の文書受付印の押印又は 受付印がない場合は年月日を記入し 担当者印を押印してください。			
				令和 年 月 日			

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	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) (E 1234)	○○小学校	組合員等 記号・番号	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		
対象者	住所	徳島 太郎	続柄	昭和 平成 令和	10 年 10 月 1 日
			本人	生年月日	
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

(印)

(自署の場合省略可)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 6 年 12 月 3 日

職名

○○小学校 校長

所属所長

氏名

阿波 二郎

所属所受付年月日
所属所の文書受付印の押印又は 受付印がない場合は年月日を記入し 担当者印を押印してください。
受付
06.12.03
令和 年 月 日

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
----------	-----