

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 ⑩							
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 ⑩ (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)	〇〇小学校 (E 1234)	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	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	生年月日	昭和 平成 令和	10 年 10 月 1 日
				本人			
住所		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 〇〇小学校 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	
----------------------	---------	--