

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)	組合員証番号			
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	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)	組合員証番号		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	
----------------------	---------	--