

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 (E9998)	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				
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)								

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		令和			
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								
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 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								

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