特定疾病療養認定申請書

資格確認書		所属所名	任意継続組合員			組合員証番号				
保有	・未保有	(所属コード)	(E 9998)		組合員氏名					
標準報酬月額						区分	}	共済記入欄		
÷145. †/	氏名				続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	B
対象者	住所	₸					,			
					医師の証明	明				
疾病名	1					初診日	昭和 平成 令和	年	月	В
疾病名	1					初診日	昭和 平成 令和	年	月	E
現在、 参考と	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	のとおり証	明します。								
	令和	年 月	目	所在地						
				医療機関	1名					
				医師名					P	
上記の	上記のとおり申請します。									
公立	公立学校共済組合徳島支部長 殿									
令和	年	月	日	租石貝	所				_	
				氏	名				(自署の場	

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
								_

特定疾病療養認定申請書

資格確認書		所属所名		任意継続組合	員		組合員証番号			1234567		
保有 、	- 未保有	(所属コード	(E	(E 9998)		組合員氏名			徳島 太郎			
標準	報酬月額 資格確認書	書未保有の		320,000			区分		共済記入欄			
计色类	場合は証はません。		徳島	太郎	本人		生年月日	昭和 平成 令和	10 年	10 月	1 🖯	
対象者	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	归					
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	
現在、 参考と	医師の意見 予後等につ なることが してくださ	ついて あれば										
上記の	のとおり証明	明します。										
	令和	年 月	日	所在	:地							
				医療	機関名							
			医師	i名					(ii)			
上記の	上記のとおり申請します。											
公立	学校共済約	且合徳島支	部長 殿		〒	123-4	56					
令和	6 年	12 月	1 🗏	組合員	住所	組合員	員の住所を記	記入して	ください			
					氏名	徳島	太郎			(自署の	場合省略可)	

		交付年	月日		発行年月日			
共済記入欄	令和	年	月	日	令和	年	月	日

公			
<u>1</u>			
学	372		
校	受 付		
共	11 欄		
済	作刺		
公立学校共済組合			
合			