

特定疾病療養認定申請書

組合員証番号		任意継続組合員氏名		標準報酬額等の欄は記入不要。 徳島 太郎			
1	2	3	4	5	6	7	
申請日の属する月の「標準報酬月額」			円	標準報酬等級	*		
受診者氏名		徳島 太郎		組合員との続柄		本人	
生年月日		昭和36年12月12日生					
受診者住所		徳島市万代町1丁目1-1					
医師の証明	疾 病 名			左記疾病の初診日			
	1			昭和 平成 令和	年	月	日
	2			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 医療機関名称 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 3 年 12 月 1 日 〒770-0941 組合員住所 徳島市万代町1丁目1-1 氏 名 徳島 太郎							
(自署の場合省略可) ⑩							

※ 交付年月日				※ 発効年月日			
年号	年	月	日	年号	年	月	日

備考

枠は、記入しないでください。

公立学校共済組合	受付欄	
----------	-----	--

2021.11更新