

# 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。 )						医療機関で記入・押印を依頼						
	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 <span style="float: right;">㊟</span>												
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 <span style="float: right;">㊟</span> 氏 名 徳島 太郎 <span style="float: right;">(自署の場合省略可)</span>													

※ 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