

特定疾病療養認定申請書

所属所受付印	共済組合受付印

組合員が記入する欄	組合員等 記号番号	公立富	所属所名		
	組合員氏名		組合員の 生年月日	昭和 平成	年 月 日
	認定対象者 の氏名		認定対象者 の生年月日	昭和 平成	年 月 日
	認定対象者 の住所			組合員 との 続柄	
	疾 病 名 (該当のものを ○で囲むこと)	1 人工透析による治療をしている慢性腎不全 2 血友病 (血しょう分画製剤を投与している先天性血液凝固 第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子に障 害)		左記疾病 の初診日	昭和 平成 令和 年 月 日
医 師 の 記 入 欄	【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 医療機関 所在地 名 称 医師名 (印)				
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合富山支部長 殿 令和 年 月 日 組合員 住 所 氏 名 (自署)					
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 所属所長 職 名 氏 名					

特定疾病療養認定申請書

所属所受付印	共済組	記入例
所属所 受付印		

組合員が記入する欄	組合員等 記号番号	公立富 ○○○○○○	所属所名	○○市立 ○○○学校	
	組合員氏名	公立 花子	組合員の 生年月日	昭和 平成	○年 ○月 ○日
	認定対象者 の氏名	公立 太郎	認定対象者 の生年月日	昭和 平成	○年 ○月 ○日
	認定対象者 の住所	○○市 ○○町 ○番地○○号		組合員 との続柄	夫
	疾病名 (該当のものを ○で囲むこと)	① 人工透析による治療をしている慢性腎不全 2 血友病 (血しょう分画製剤を投与している先天性血液凝固 第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子に障 害)		左記疾病 の初診日	昭和 平成 令和 ○年 ○月 ○日

医師の 記入欄	【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。	
	医師に記入を依頼してください。	
	上記のとおり 令和 ○年 ○月 ○日 医療機関 所在地 名称 医師名	(印)

上記のとおり申請します。 公立学校共済組合富山支部長 殿 令和 ○年 ○月 ○日 組合員 住所 氏名 (自署) ○○市 ○○町 ○番地○○号 公立 太郎	
--	--

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 所属所長 職名 氏名 ○○市立 ○○○学校長 共済 学	
--	--