

特定疾病療養認定申請書

所受
属付
所印

印

組合員等 記号番号	公立山形 第 号	組合員氏名	
受診者氏名			組合員との 続 柄
生 年 月 日	年 月 日		
受診者住所			
医 師 の 証 明	疾 病 名		左記疾病の初診日
	1		年 月 日
	2		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。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 医師名		
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合山形支部長 殿 年 月 日 住 所 組合員 氏 名			

印

印