

# 特定疾病療養認定申請書

|                       |      |              |
|-----------------------|------|--------------|
| 所<br>属<br>所<br>長<br>欄 | 所属所名 | 所属所<br>受付年月日 |
|                       | 印    |              |

|                       |   |          |  |
|-----------------------|---|----------|--|
| 組合員証<br>記号番号          | 公立長崎 第 号  | 組合員氏名    |  |
| 受診者氏名                 | 組合員との<br>続 柄  |          |  |
| 生年月日                  | 年 月 日   |          |  |
| 受診者住所                 |   |          |  |
|                       | 疾 病 名   | 左記疾病の初診日 |  |
| 医<br>師<br>の<br>証<br>明 | 1   | 昭平 年 月 日 |  |
|                       | 2   | 昭平 年 月 日 |  |
|                       | 医 師 の 意 見<br>〔 現在、予後等について<br>参考となることがあれ<br>ば、記入してください。 〕    |          |  |
|                       | 上記のとおり証明します。<br>平成 年 月 日<br>所在地<br>医療機関 名称<br>医師名           |          |  |
|                       | 上記のとおり申請します。<br>公立学校共済組合長崎支部長 様<br>平成 年 月 日<br>住所<br>組合員 氏名 |          |  |

印

印