

特定疾病療養認定申請書

組合員証番号	公立和歌山	組合員	福利太郎
記号番号	第 123456 号	氏名	
受診者氏名	福利 豊		
生年月日	昭和 平成 ○○年 ××月 △△日		
続柄	父	TEL	××× (×××) ××××
受診者住所	和歌山市○○		
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)		
上記のとおり証明します。			
平成 年 月 日			
所在地			
医療機関 名称			
医師名 印			
上記のとおり申請します。			
公立学校共済組合和歌山支部長 殿		申告者・請求者氏名欄は自筆でお願いし	
平成 ○○年 ××月 △△日			
住所		和歌山市○○	
組合員		福利太郎 福 印	
氏名			
この申請は、事実と相違ないものと認めます。			
		TEL ○○○ (×××) △△△△	
平成 ○○年 ××月 △△日			
所属所名		△△小学校	
所属所長		校長 共 濟 裕 司 △△小学校 印	
職 氏名			