

特 定 疾 病 療 養 者 申 請 書

組合員氏名		組合員証番号		所属部(室)グループ名		
受診者氏名		生年月日 性別続柄		年 月 日 生 性 別 男 女 続 柄		
医 師	疾 病 名			左 記 疾 病 の 初 診 年 月 日		
	(1)			(1) 年 月 日		
の 証 明	(2)			(2) 年 月 日		
	医師の意見 [現症、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	住 所 医 療 機 関 名 称 医 師 名	印				
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 文部科学省共済組合広島大学支部長 殿	住 所 氏 名	申 請 者				