

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		住 所 申請者 氏 名		
文部科学省共済組合広島大学支部長 殿						