

基礎疾患等に関する様式

記入日 令和 年 月 日

| | | | | |
|-------------|-------------------|---------|-----|-----|
| 申請者 | (ふりがな) | 男・女 | 〒 | — |
| | | | | |
| | 明・大・昭 年 月 日生 (歳) | | 連絡先 | () |
| 医師氏名 _____ | | 電話 () | | |
| 医療機関名 _____ | | FAX () | | |
| 診断名 1 _____ | | | | |
| 2 _____ | | | | |
| (特記事項) | | | | |