

平成 年 月 日

疾病罹患届

診断名 _____

期間 _____年 月 日～ _____年 月 日

受診した医療機関名 _____

医療機関で診断を受け、上記の通りでした

_____年 組 生徒氏名 _____

保護者名 _____ 印 _____

◎この用紙は保護者が記入のうえ、押印をお願いします。

◎診断書もしくは薬説明書(日付が確認できるもの)の原本を証明書類として提出してください。

なお、医療費の領収書では疾病名を確認できませんので、上記のものを提出してください。