|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係 | |
|  |  |  |  |  |

（別記第４号様式）

ハブ咬傷附加給付費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証 の記号番号 | 龍　国　保 | | | 療養を受けた被保険者氏名 | 年　 月　 日生 | | 世 帯 主 との関係 | |  |
| ハブ咬傷発生場所 | | |  | | | 発生日時 | | 月　　日 | |
| 療養を受けた病院・診療所等の所在地 | | 名称  所在地 | （電話） | | | | | | |
| 療養を受けた期間 | | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | | | |
| 上の期間にかかる  病院等に対する支払額 | | | 円 | | | | | | |
| 備考 | | |  | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　世帯主　住　所　大島郡龍郷町  氏　名印  　龍郷町長　殿  支給決定伺　　　支給決定金額　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | |

　注　１　この申請書は医療機関ごとに作成してください。

　　　２　病院等に対する支払額に、保険外負担分がある場合はこれを除いて記入してください。

　　　３　領収書があれば、この申請書に添付してください。