

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				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 大島郡龍郷町 氏 名</p> <p>龍郷町長 殿</p> <p style="text-align: right;">支給決定伺 支給決定金額 _____ 円</p>				

- 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。