別記第5号様式（第7条関係）

|  |
| --- |
| 療養等給付券 |
| 交付番号 |  | 交付年月日 |  |
| 被保険者証等の記号・番号 |  | 保険者等の名称 |  |
| 氏名・性別 |  |
| 生年月日 | （満　　　歳） |
| 居住地 |  |
| 身体障害者手帳 | 都道府県（市）第　　　　号（　　　　級） |
| 療養等担当機関 |  |
| 給付期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 費用概算額 |  |
| 本人負担額 |  | 支払期日 |  |
| 備考 |  |
| 上記のとおり決定する。年　　月　　日村長　　　　　　　　㊞ |