様式第6号(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  国頭村長 | | | |