

様式第2号（第4条関係）

辰野町国民健康保険事業主傷病見舞金支給申請書（医療機関記入用）

患者氏名		
傷病名		
初診日	年	月 日
発病年月日又は PCR検査等検査実施日	年	月 日 <input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> PCR検査等
発病原因又は検査に至る 経過		
療養が必要と認めた期間	年	月 日 ~ 年 月 日
診療日及び 入院していた日	*対象日を記入	診療実日数 日
	*対象日を記入	診療実日数 日
所 見		
上記のとおり相違ありません。		
		年 月 日
医療機関の所在地		
医療機関の名称		
医師の氏名	印	
電話番号		
(宛先) 辰野町長		