様式第3号の1（第6条関係）

療　養　給　付　請　求　書

ふりがな 氏　　名	明治 大正　　年　　月　　日生 昭和	戦傷病者 手帳番号	
個　人　番　号			
療養の給付を必要とする傷病名			
原傷病名 （当初の公務上の傷病名）			
※ すでに認定を受けた傷病名	(1)　（初・併） (2)　（初・併） (3)　（初・併）	※ 認定を受けた年月日	(1)　年　月　日 (2)　年　月　日 (3)　年　月　日
療養を必要とする期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	入　院 入院外 訪問看護等	
療養を受けようとする医療機関の所在地及び名称			

戦傷病者特別援護法による療養の給付（併発症の認定）を受けたく、関係書類を添えて請求します。

平成　　年　　月　　日

現住所
氏　名　　㊞

都道府県知事　　殿

注意

1　※印欄は、併発症の認定を請求する場合のみ記入すること。

2　「すでに認定を受けた傷病名」欄は、療養給付開始当初に認定を受けた傷病又はその後認定を受けた併発症の別に応じて「初」又は「併」のいずれかを○印で囲むこと。

3　最下欄の請求者の氏名を自署により記載する場合は、押印は必要ありません。

備考　この用紙は、日本工業規格Ａ列４番とすること。