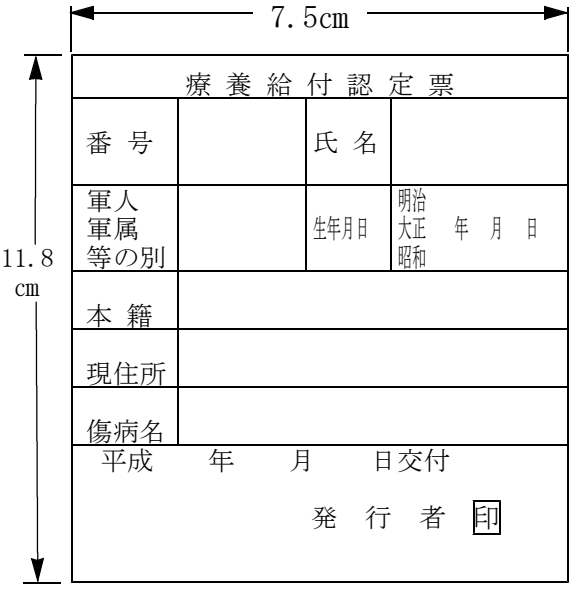
様式第19号（附則第5項関係）

（表）



療養給付認定票			
番号		氏名	
軍人 軍属 等の別		生年月日	明治 大正　年　月　日 昭和
本籍			
現住所			
傷病名			
平成　　年　　月　　日交付 発行者　印			

（裏）

注　意　事　項

1　療養の給付は、この認定票だけでは受けられませんから、別に請求の手続をとつてください。
2　この認定票の記載事項に変更があつたときは、すぐその旨を届け出てください。
3　この認定票は、療養の給付が終つたときは、発行者へお返しください。
4　この認定票は、他人に譲つたり、貸したりしてはいけません。
5　この認定票は、破つたり、なくさないように大切におもちください。