**申　立　書**

令和　　年　　月　　日

睦沢町長　様

申立書　 　　住　所

（代理人可）　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先

被保険者からみた続柄

　私は、　　　　　　　（下記被保険者）について、医療の確保に関する法律に基づいて療養の給付を行うことを申し立てます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申立内容 | 被保険者番号 |  |
| 住　　　　所 |  |
| 氏　　　　名 | （　　　年　　月　　日生） |
| 日　　　　時 | 令和　　年　　月　　日（）　　　　時　　　分 |
| 医療機関へかかった経緯・療養の給付を行うことを申し立てる理由について、具体的に詳しく記載して下さ  い。 |  |