

様式第19号(第32条, 第37条関係)

決 裁	部長	次長	課長	課長 補佐	課員	課員	支 給	決 定 番 号	第 号
								審 査 決 定 点 数	点
	年 月 日 右のとおり決定してよろしいか。							療養の給付に要する費用	円
								他 法 負 担 分	円
								一 部 負 担 金 (うち薬剤一部負担金)	円 (円)
								支 給 決 定 額	円
						不支給	事由		

国民健康保険療養費支給申請書(医科, 歯科, 調剤)									
被 保 険 者 証	記号		番号						
療 養 を 受 け た 被 保 険 者				生年 月日	年	月	日		
傷 病 名				療 養 期 間	年	月	日から	日	間
発病・負傷年月日	年	月	日	発 病 の 原 因					
傷 病 の 経 過				法第64条法第60条該 当の有無					
療 養 の 内 容	入 院・入 院 外			療養に要した費用(う ち食事療養費分)	円				
	輸 血・食 事 の 提 供 その他				(うち 円)				
診療・薬剤の支給, 手当又は食事の提供 を受けた病院・診療所・薬局・その他の 者の名称, 所在地									
診療又は調剤に従事した医師, 歯科医師 又は薬剤師の氏名									
療養の給付を受けることができなかつ た理由									
備 考									
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 印 石岡市長 あて									

処 理 区 分	台 帳	通 知	支 給		療養費審査 委員会処理	審 査 月	整 理 番 号	審 査 済 印