様式第19号の2（第37条関係）

決裁		部長	次長	課長	課長補佐	課員	課員
	年　月　日 右のとおり決定してよろしいか。						

支給	決定番号	第　号
	審査決定額	円
	療養の給付に要する費用	円
	他法負担分	円
	一部負担金	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（治療用装具）

被保険者の記入欄					
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	
			個人番号		
傷病名		発病又は負傷の年月日	年　月　日（負傷の場合は　時　頃）		
発病又は負傷の原因		負傷の経過			
診療を受けた病（医）院の	名称		所在地住所		
診療に従事した医師の	氏名		住所		
治療用装具製作に要した費用の額	金　円也				
第三者の行為によって負傷したものであるか否か	あ る ・ な い	第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無		
			第三者の氏名と住所（不明のときはその旨）		

担当医師の意見欄					
傷病名		患者名		診療開始年月日	
治療用装具の名称と意見	治療用装具の名称 意見 指示日年月日　年　月　日 装着確認年月日　年　月　日				
年　月　日	医師の 住所 氏名　印				

上記のとおり療養に要した費用に関する領収書を添えて申請します。

年　月　日

世帯主　住　所
氏　名
個人番号

石岡市長　宛

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