

様式第 19 号 (第 32 条, 第 37 条関係)

決 裁				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				
				個人 番号					
傷 病 名		療 養 期 間	年 月 日から 日間 年 月 日まで						
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 なかった理由									
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 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