

様式第 19 号の 2 (第 37 条関係)

決				課長	課長 補佐	課員	課員	支	決 定 番 号	第 号
									審 査 決 定 額	円
裁	年 月 日 右のとおり決定してよろしいか。							給	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 印 個人番号											
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			

石岡市長 宛