

様式第19号の2(第37条関係)

決 裁					支 給	決定番号	第 号
						審査決定額	円
	年 月 日					療養の給付に 要する費用	円
						他法負担分	円
						一部負担金	円
	右のとおり決定してよろしいか。					支給決定額	円
					不支給	事由	

一般・退職(本人・扶養) 入院・外来(9・8・7) 福

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				世帯主 との続柄
	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	名称		所在地	
	診療に従事した 医 師	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	有・無

担 意 当 医 見 師 の 欄	傷病名		患者名		診療開始年月日	年 月 日
	治療用装具の名称と意見		治療用装具の名称 意見			
	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

電話番号 ()

鹿嶋市長 様

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