

様式第 19 号の 2 の (1)

決	町長	副町長	部長	課長	係長	担当者	支	決定番号	第 号
								審査決定額	円
裁	年 月 日						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
右のとおり決定してよろしいか。						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	記 号	境	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				
	医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								
	年 月 日	医師の 住所			氏名 ㊟					
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類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										
処 理 区 分	台 帳	通 知	支 給			委 員 会 處 理	療 養 費 審 査	審 査 月	整 理 番 号	審 査 済 印