様式第１９号の２（第３５条関係）

決裁	市長	副市長	部長	課長	係長	担当者	支給	決定番号	第　　号
								審査決定額	
	年　月　日							療養の給付に要する費用	
								他法負担分	
	右のとおり決定してよろしいか。							一部負担金	
								支給決定額	
							不支給	事由	

被保険者が記入するところ					
国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者証	記号		番号		
療養を受けた被保険者	結城　太郎	生年月日	S60年4月30日		
被保険者の個人			世帯主との続柄	本人	
傷		発病又は負傷の年月日	年　月　日（負傷の場合は　時頃）		
発病又原		傷病の経過			
診療を受けた病（医）院の	名称		所在地		
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	ある・ない	
			第三者の氏名と住所（不明のときはその旨）		

治療用装具が必要となった方の名前等を記入してください。

担当医師の意見欄				
傷病名		患者名		診療開始
治療用装具の装着を必要とする場合には，その名称及び意見	治療用装具の名 意見			
年　月　日				
医師の　氏　名				印

申請者は世帯主です。
日中連絡がつく電話番号を記入してください。

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。

令和２年　４月　１日

住　所　結城市大字結城１４４７

世帯主の　氏　名　結城　太郎　印

個人番号

結城市長　　様

電　話　０１２３-４５-６７８９

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