

様式第19号 (第30条, 第35条関係)

決	市長	副市長	課長	係長	主任	支	決定番号	第	号
							審査決定点数		点
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
							他方負担分		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									
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	
被保険者の個人番号						世帯主との続柄		本人	
診療・薬剤の支給を受けた方の名前等を記入してください。			療養期間			年月日から		年月日まで 日間	
			発病の原因						
			法64条法60条該当の有無						
療養の内容		入院・入院外		輸血 コルセット その他		療養に要した費用		円	
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局・その他の者の名称, 所在地						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。			
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 (治療材料を除く)									
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。									
令和2年 4月 1日									
世帯主住所 結城市大字結城1447									
氏名 結城 太郎 (印)									
個人番号									
結城市長 様 電話 0123-45-6789									

処	台	通	支		療養費審査委員会	審査月	整理番号	審査済印
理	帳	知	給		処 理			
区								
分								