

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			
個人番号（マイナンバー）は確認できる書類がお手元がない場合は記入不要です。	発病の原因						
療養の内容	入院・輸血 入院外 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							
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）	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。						
備考	個人番号（マイナンバー）は確認できる書類がお手元がない場合は記入不要です。						
上記のとおり療養に要した費用に関する別添							
令和5年 4月 1日							
世帯主住所 結城市中央町二丁目3番地							
氏名 結城 太郎							
個人番号 123456789012							
電話 0296-32-0000							
結城市長 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