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	
								療養の給付に要する費用	
	年　月　日							他法負担分	
								一部負担金	
								支給決定額	
	右のとおり決定してよろしいか。						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	
	被保険者の個人番号			世帯主との続柄	本人
	傷病		負日	年　月　日（負傷の場合は　時頃）	
	発病又は負原		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。
個人番号（マイナンバー）は確認できる書類がお手元にない場合は記入不要です。

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		治療用装具の名称意見			
	年　月　日					

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。
個人番号（マイナンバー）は確認できる書類がお手元に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領収書を添付します。

令和5年　4月　1日

住　所　結城市中央町二丁目3番地
世帯主の　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