

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	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		
							一 部 負 担 金		
	右のとおり決定してよろしいか。						不支給	支 給 決 定 額	
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			記号						番号				
	療 養 を 受 け た 被 保 険 者							生年月日				年 月 日		
	被 保 険 者 の 被 保 険 者 の 番 号													世帯主との続柄
	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							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 第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)				ある・ない
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													
	住 所 医師の 氏 名													
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。 年 月 日 住 所 世帯主の 氏 名 個人番号 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 号	審査済印