

様式第 19 号 (第 30 条, 第 35 条関係)

決 裁					支 給	決 定 番 号	第 号
						審査決定点数	点
	年 月 日					療 養 の 給 付 に要する費用	円
						他 法 負 担 分	円
						一 部 負 担 金	円
						支 給 決 定 額	円
	右のとおり決定してよろしいか。				不支給	事由	

国民健康保険療養費支給申請書(医科、歯科、調剤、治療用装具)				
被 保 険 者 証	記 号		番 号	
療 養 を 受 け た 被 保 険 者		生 年 月 日	年 月 日	
		個 人 番 号		
傷 病 名		療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
発病・負傷年月日	年 月 日	発病・負傷の原因		
傷 病 の 経 過		法第64条法第60条 該当の有無		
療 養 の 内 容	入 院 ・ 入 院 外	療養に要した費用 (うち食事療養費等分)	円 (うち 円)	
	輸血・食事等の提供・ その他			
診療・薬剤の支給、手当又は食事等の 提供を受けた病院・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つ た理由				
備 考				
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 世帯主 住所 氏名 個人番号 電話番号 下妻市長 様				

处 理 分 区	受 付	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