様式第19号(第30条，第35条関係)

決裁	市長	副市長	部長	課長	課長補佐	主査	係長	課員	支給	決定番号	第　　号
										審査決定点数	点
										療養の給付に要する費用	円
	年　月　日 右のとおり決定してよろしいか。									他法負担分	円
										一部負担金 (うち薬剤一部負担金)	円 (　　円)
										支給決定額	円
									不支給	事由	

国民健康保険療養費請求書(医科，歯科，調剤)				
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 (うち食事療養費分)	円 (うち　　円)	
	輸血・食事の提供その他			
診療・薬剤の支給，手当又は食事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った理由				
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請求します。

年　月　日

世帯主　住　所

氏　名　　印

笠間市長　様　　個人番号

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