

様式第19号の2(第35条関係)

決	市長	副市長	部長	課長	課長補佐	主査	係長	課員	支	決定番号	第 号
										審査決定額	円
裁	年 月 日								給	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
								不支給	事由		
右のとおり決定してよろしいか。											

国民健康保険療養費請求書(治療用装具)												
被 保 険 者 の 記 入 欄	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			発病又は負傷の年月日		年 月 日	(負傷の場合は 時ごろ)					
	発病又は負傷の原因			負傷の経過								
	診 療 を 受 け た 病 (医) 院 の	名 称				所 在 地 住 所						
	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)									
担 当 医 師 の 欄	傷病名			患者名			診療開始年月日					
	治療用装具の名称と意見			治療用装具の名称 意見								
	年 月 日			医師の 住 所		氏 名		印				
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	審査月	整理番号	審査済印				
					処 理							