

記載例

様式第19号の2(第37条関係)

決	課長	課長補佐	係長	担当	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
						一部負担分		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(治療用装具)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証記号	かすみ	番号	1234567890 (10桁)		
	療養を受けた被保険者	霞ヶ浦花子		生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	
	個人番号	マイナンバーを記入 (12桁)				
	傷病名	傷病名を記載	発病又は負傷の年月日	年月日	分かれれば記載	
	発病又は負傷の原因	記載不要	傷病の経過	記載不要		
	診療を受けた病(医)院の名称	〇〇〇〇病院	所在地	〇〇市△△□□番地		
	診療に従事した医師の氏名	分かれれば記載	住所	記載不要		
	治療用装具製作に要した費用の額	金 〇〇〇〇〇 円也		領収書の合計額を転記		
	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	
			どちらかに○		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	
	治療用装具の装着を必要とする場合には、その名称、意見	治療用装具の名称 意見		
	年 月 日	住所 医師の 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申請します。

令和〇年 〇月 〇日

住所 かすみがうら市△△□□番地

氏名 霞ヶ浦 太郎 世帯主名
(押印不要)

かすみがうら市長 個人番号 世帯主のマイナンバーを記入

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