

様式第29号(第35条関係)

決	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係	支	決定番号	第 号
								給	審査決定額
裁	年 月 日 右のとおり決定してよろしいか。						不支給	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	
							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 の 記 入 欄	被保険者証	記号	常総	番号						
	療養を受けた被保険者				生年月日	大昭平	年	月	日	
	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				負傷の経過					
	診療を受けた病(医)院	名称				所在地	住所			
	診療に従事した医師	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				
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領収書を添えて申請します。

年 月 日

申請者(世帯主)住所 常総市
氏名

常総市長

殿

印

処理 区分	台帳	通知	支給	税	療養費審査委員会 処 理	審査月	整理番号	審査済印