

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	氏名				
		個人番号		生年月日		
	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	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		
	な			第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)		
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

印

常総市長

殿

個人番号

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

様式第29号(第35条関係)

決 裁	部長	次長	課長	課長 補佐	係長	係	支 給	決定番号	第 号
								審査決定額	円
								療養の給付に 要する費用	円
	年 月 日							他法負担分	円
								一部負担金	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 の 記 入 欄	被保険者証	記号	常総	番号	6桁	
	療養を受けた 被保険者			生年 月日	大昭 平 年 月 日	
	傷病名	診断書に記載された 傷病名を記入する。		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		負傷の原因: 病気または他人の不注意 によってケガをさせられたかどうか	
	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	第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)		
	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				
担当医師の 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

常総市長

申請者(世帯主)住所 常総市  
氏名  
個人番号

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