

様式第20号（第35条関係）

決 裁	課長	補佐	グループ長	グループ員	支 給	決定番号	第 号
						審査決定点数	点
	年 月 日 右のとおり決定してよろしいか。					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	

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	那 珂	番号			
	療 養 を 受 け た 被 保 険 者	氏名			生年月日		
					個人番号		
	傷 病 名				発病・負傷 の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)	
	発病・負傷の原因				傷病の経過		
	診 療 を 受 け た 病 (医) 院	名称			所在地		
	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	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		有・無		
			第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)				
担 当 医 師	傷病名			患者名			
	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 住 所 氏 名 印						
<p>那珂市長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住 所 氏 名 個人番号 電話番号</p>							

処 理 区 分	台 帳	通 知	支 給	納 付	療養費審査委 員 会 処 理	審 査 月	整 理 番 号	審 査 済 印