

様式第 18 の B

決	理事長	常務理事	事務長	会計係長	係員	決定番号	第	号
						審査決定点数		点
						療養の支給に要する費用		円
						他法負担分		円
裁	令和 年 月 日					一部負担分		円
	右のとおり決定してよろしいか。					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 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証	記号	医	番号				
	療養を受けた被保険者			生年月日	昭平令	年	月	日
	傷病名			発病又は負傷の日	令和	年	月	日
	発病又は負傷の原因			傷病の経過	(負傷の場合は 時頃)			
	診療を受けた病(医)院の	(名称)	(所在地)					
	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		あ る ・ な い		
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その名称と意見		(治療用装具の名称) (意見)						
令和 年 月 日		住所		医師の 氏 名 ⑩				
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 年 月 日		住所		組合員 氏 名 ⑩				
茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿								

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			

## 国民健康保険療養費請求書

① 一金 <span style="float: right;">円也</span>		請求者の振込依頼 銀行名、口座番号 ・名義を記入して 下さい	銀行 店 普通 当座 No. 名義
決定通知番号	第 号	療養費の種類	医科、歯科、治療材料( )、看護、移送、「はり」「きゅう」「あんま」施術、海外
被保険者氏名		金額	円
備 考			

上記の金額を請求いたします。

令和 年 月 日

請 求 者 住 所  
(組 合 員) 氏 名

①

茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿

令和 年度	款	保険給付費	項	療 養 諸 費	目	療 養 費	節	負担金補助 及び交付金
支 給 決 定 額	金	百	拾	万	千	百	拾	円
理 事 会 決 定	令和 年 月 日					(担当理事決裁印)		