様式第18のＢ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　　　　　　裁 | 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 会計係長 | 係員 | 支　　　　　　給 | 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 |
| 令和　　　年　　　月　　　日  　右のとおり決定してよろしいか。 | | | | | 他法負担分 | | 円 |
| 一部負担分 | | 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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者が記入するところ | 被保険者  記号・番号 | | 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 | | | | | | | | 組合員  との続柄 | |  | |
| 傷病名 | |  | | | | 発病又は負傷の  年月日 | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日  (負傷の場合は　　　　　時頃) | | | | | | | | | | | |
| 発病又は  負傷の原因 | |  | | | | 傷病の経過 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 第三者の住所及び  氏名 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  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  処理 | 審査月 | 整理番号 | 審　査　済　印 |
|  |  |  |  |  |  |  |

様式第22

国民健康保険療養費請求書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ㊞　一金　　　　　　　　　　　　円也 | | | 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 | № |
| 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  （組合員） | 住　所 | |
| 氏　名 | ㊞ |

　　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） | | | | | |