

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	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。					給	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		
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

国民健康保険療養費請求書

⑩ 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 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

⑩

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)						