

決	市長	副市長	部長	副部長	課長	課長補佐	係長	係員	支	決定番号	第 号
										審査決定点数	点
	年 月 日									療養の給付に要する費用	円
										他法負担分	円
一部負担分									円		
裁	右のとおり決定してよろしいか。								給	負担割合	1割 2割 3割
										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(医科・歯科・調剤)				
被 保 険 者 証	記 号	筑西 (一般・退職)	番 号	
療養を受けた被 保 険 者			生 年 月 日	年 月 日
			個 人 番 号	
傷 病 名		療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
発病・負傷年月 日	年 月 日	発 病 の 原 因		
傷 病 の 経 過		法第64条法第60条該当 の 有 無		
療 養 の 内 容	入 院 輸 血 入 院 外 そ の 他	療 養 に 要 し た 費 用	円	
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・ 診療所・薬局・その他の者の名称、所在地				
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又 は薬剤師の氏名				
療養の給付を受けることができなかった 理由 (治療材料を除く。)				
備 考				
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。 年 月 日 世帯主 住 所 筑西市 氏 名 個人番号 電 話 筑西市長 様				

記入例

様式第18号(第35条関係)

決	市長	副市長	部長	副部長	課長	課長補佐	係長	係員	支	決 定 番 号	第 号
										審 査 決 定 点 数	点
										療養の給付に要する費用	円
	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		
負 担 割 合									1割 2割 3割		
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(医科・歯科・調剤)				
被保険者証	記号	筑西（一般・退職）	番号	010099999901
療養を受けた被保険者	筑西 太郎		生年月日	昭和 50年 1月 1日
			個人番号	1234 5678 9101
傷病名	分かる場合記入	療養期間	令和 7年 2月 28日から 令和 7年 2月 28日まで 1日間	
発病・負傷年月日	年 月 日	発病の原因	分かる場合記入	
傷病の経過	未記入でOK	法第64条法第60条該当の有無	未記入でOK	
療養の内容	入院 輸血 入院外 その他	療養に要した費用	6,600円	
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局・その他の者の名称、所在地		茨城県西部メディカルセンター 筑西市大塚555番地		
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名		●● ●● (分かる場合記入)		
療養の給付を受けることができなかった理由 (治療材料を除く。)		例) 国保加入手続きが遅れ、受診時に資格確認が行えなかったため		
備考				
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 7年 2月 28日				
世帯主 住所 筑西市丙360番地 氏名 筑西 太郎 個人番号 1234 5678 9101 電話 0296-24-2103				
筑西市長 様				