

様式第18号の2(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 額 円
裁	年 月 日 右のとおり決定してよろしいか。								給	療養の給付に要する費用 円
										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
不支給理由										

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 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						発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日		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 の 額			円								
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			
							第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)					
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場合 には、その名称、採寸日				治療用装具の名称 採寸日 年 月 日							
	年 月 日				医 師 の				住所 氏名 (署名又は記名押印)			
上記のとおり療養に要した費用に関する領収書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号の2(第35条関係)

決 裁	市長	副市長	部長	副部長	課長	課 長 補 佐	係長	係員	支 給 不支給理由	決 定 番 号 第 号
										審 査 決 定 額 円
										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

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 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	左膝半月板損傷			発 病 又 は負 傷 の 年 月 日	令和 7年 2月 25日 (負傷の場合は15時頃)	
	発 病 又 は負 傷 の 原 因	転倒時に左膝を強打			傷 病 の 経 過		
	診 療 を 受 け た 病 (医) 院 の	名 称	茨城県西部メディカルセンター		所 在 地	筑西市大塚555番地	
	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 の 額	35,600 円					
	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 氏 名 と 住 所 (不明のときはその旨)			

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場合 には、その名称、採寸日		治療用装具の名称 採寸日 年 月 日			
	年 月 日		医 師 の		住所 氏名 (署名又は記名押印)	

上記のとおり療養に要した費用に関する領収書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