様式第19号（第37条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険療養費支給申請書  (補装具専用) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  記号・番号 | | 記　号 | | |  | | | | | | | | 番　号 | | | |  | | | | | | | | |
| 療養を受けた  被保険者 | | 氏　名 | | |  | | | | | | | | 世帯主と  の続柄 | | | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |
| 傷病名 | |  | | | | | | | | | | | 発病又は負傷年月日 | | | | | | | 年 　月 　日 | | | | | |
| 発病又は負傷の原因 | |  | | | | | | | | | | | 傷病の経過 | | | | | | | 治療中・完治 | | | | | |
| 第三者行為によるものですか | | | | | | はい・いいえ | | | | | | | 補装具の製作に要した費用 | | | | | | | 円 | | | | | |
| 業務によるものですか | | | | | | はい・いいえ | | | | | | |
| 診療を受けた病院・診療所 | | 名称 | |  | | | | | | | | | 所在地 | |  | | | | | | | | | | |
| 診療に従事した医師 | | 氏名 | |  | | | | | | | | | 住所 | |  | | | | | | | | | | |
| 担当医師意見 | 傷病名 |  | | | | | 患者名 | | |  | | | | | | | | 診療開始日 | | | | |  | | |
| 補装具の名称 | | 意見 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  医師　住所  氏名　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり補装具の製作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  氏名  個人番号  電　話  　　常陸太田市長　　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※第三者行為によるものですか⇒はいの場合，「第三者行為による被害届」の提出が必要となります。

※業務によるものですか⇒はいの場合，勤務先の労災保険に申請して下さい。