

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号番号	長岡											前高Ⅰ割	前高Ⅱ割	前高Ⅲ割	未就学			
診療を受けた被保険者名											生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
個人番号												入院の有無	有 無					
医療機関等の所在地																		
医療機関等の名称											医師等氏名							
発症又は傷病の年月日	令和	年	月	日								療養期間	令和	年	月	日から	日間	
傷病名及びその原因	別紙のとおり										令和		年	月	日まで			
療養内容	別紙のとおり										療養の給付を受けられなかった理由	1 療養取扱機関以外の病(医)院等						
傷病の経過	別紙のとおり											2 被保険者証の不提出						
第三者行為(交通事故等)の有無	有 無											3 共済・社保・健保被保険者等資格喪失						
												4 治療用装具						
振込先(どちらかを選択)	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する ※公金受取口座を登録している方に限ります (以下の口座名義人の個人番号欄を御記入ください) ※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の口座情報欄の記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の金融機関への振込を優先します。																	
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (以下の口座情報欄を御記入ください)																	
	振込先金融機関名											銀行 農協 ()	信金 信組 ()	本店 支店 出張所				
	口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号															
	フリガナ																	
口座名義人																		
委任状	右記の支給金額の受領を下記の者に委任します 令和 年 月 日																	
	受任者住所																	
	(口座名義人)受任者氏名	(自署または記名押印)																
	(世帯主)委任者氏名	(自署または記名押印)																
											療養に要した経費	費用額 ※					円	
												一部負担金 ※					円	
												支給決定額 ※					円	

※欄は記入しないでください

上記のとおり療養に要した費用の証拠書類を添えて申請します

(宛先)長岡市長

令和	年	月	日												
申請者 (世帯主)	住所														
	氏名														
	個人番号														
	電話番号														

