

被保険者証記号番号	長岡	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	一般	退職本人	退職扶養
診療を受けた被保険者名	長岡 小太郎											昭・平・令 55 年 5 月 5 日生		

療養、薬剤の支給又は手当を受けた病院等の名称所在地及び医師等の氏名	所在地	
	名称又は医師名	
発病又は傷病の年月日	令和 年 月 日	療養 令和 年 月 日から 日間
傷病名及びその原因	別紙のとおり	
傷病の経過		
療養内容	別紙のとおり	

診療の原因が交通事故など第三者が関係するもの場合は、有を囲んでください。

第三者行為(交通事故等)の有無	有	<input checked="" type="radio"/> 無
-----------------	---	------------------------------------

右の預金口座へ振込んでください。	振込先金融機関名	市役所	銀行 信金 農協 信組	長岡	支店
	口座種別	<input checked="" type="radio"/> 1. 普通	<input type="radio"/> 2. 当座	口座番号	7654
	フリガナ	コクホ タロウ			
	口座名義人	国保 太郎			
	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				
	氏名	(申請者) 国保 太郎			
	委任者	国保 太郎			

世帯主と口座名義人が違うときは、受任者欄に口座名義人の住所と氏名を、委任者欄に世帯主の氏名を記入のうえそれぞれの印を押印してください。

費用額		円
一部負担金	※	円
支給決定額	※	円

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。

令和 年 月 日

長岡市長様

振込年月日 ※ 令和 年 月 日

※欄は記入しないでください。

9	4	0	-	8	5	0	1
長岡市 大手通1丁目							4 番 10 号
(世帯主)							番地
氏名 国保 太郎							
電話 ( 39 )							2006

世帯主の住所・氏名・電話番号を記入してください。

受付

現年滞納	
無	有
( . . . 現在)	