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	一般	退職本人	退職扶養	
		前高Ⅰ割	前高Ⅱ割	前高Ⅲ割	就学前
診療を受けた被保険者名		昭・平・令　年　月　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	療養期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間	
傷病名及びその原因	別紙のとおり				
傷病の経過		療養の給付を受けることのできなかった理由	1　療養取扱機関以外の病(医)院等 2　被保険者証の不提出 3　共済・社保・健保被保険者等資格喪失 4　治療用装具 5　血　液 6　その他（　　）		
療養内容	別紙のとおり				
第三者行為（交通事故等）の有無	有　　無				

右の預金口座へ振込んでください。	振込先金融機関名	銀行　信金 農協　信組	支店		
	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	療養に要した経費	費用額	円	
	氏名　㊞		一部負担金	※　円	
	（申請者） 委任者　㊞		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。

振込年月日	※ 令和　年　月　日

※欄は記入しないでください。

令和　年　月　日

長岡市長　様

受付

□□□-□□□□

長岡市
(世帯主)
氏名
電話　（　　）

現年滞納
無　　有 （　・　・　現在）