

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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	国保 花子												生年月日	昭和 平成 令和	○年 ○月 ○日															
個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	入院の有無	有 無													
医療機関等の所在地	長岡市○○町○○丁目○番地○																													
医療機関等の名称	○○クリニック												医師等名	長岡 太郎																
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 令和 ○年 ○月 ○日まで																
傷病名及びその原因	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									
療養内容	別紙のとおり																			2	被保険者証の不提出									
傷病の経過	別紙のとおり																			3	共済・社保・健保被保険者等資格喪失									
第三者行為(交通事故等)の有無	有 無																			4	治療用装具									
右の預金口座へ振込んでください。	振込先金融機関名	国保		銀行 農協		信金 信組		本店営業部				本店 支店 出張所			5	血液														
	口座種別	普通 2.当座		口座番号		0	0	0	0	0	0	0	0	6	その他 ()															
	フリガナ	コクホ ハナコ																												
	口座名義人	国保 花子																												
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 4 年 1 0 月 1 0 日																													
	受任者住所	長岡市△町○○丁目○番地○ ○○マンション○号室																			療養に要した経費	費用額	※							円
	(口座名義人) 受任者氏名	国保 花子 (自署または記名押印)																				一部負担金	※							円
	(世帯主) 委任者氏名	国保 太郎 (自署または記名押印)																				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。

※欄は記入しないでください

(宛先)長岡市長

令和 ○年 ○月 ○日

申請者 (世帯主)	住所	長岡市△町○○丁目○番地○ ○○マンション○号室																	
	氏名	国保 太郎																	
	個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	電話番号	0000-00-0000																	

