

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							
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																		
傷病の経過		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 農協 (信金 信組)					本店 支店 出張所	療養の給付を受けられなかった理由							
	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	
	(口座名義人) 受任者氏名	(自署または記名押印)															一部負担金	※	円	
	(世帯主) 委任者氏名	(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
	氏名
	個人番号
	電話番号

