

国民健康保険特別療養費支給申請書

資格証明書番号	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					
資格証発行日	令和 ○年 ○月 ○日												生年月日	昭和 平成 令和	○年 ○月 ○日									
診療を受けた被保険者名	国保 花子																							
個人番号	0	0	0	0	0	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	○市○町○丁目○番○号																							
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	○年 ○月 ○日まで									
傷病名及びその原因	別紙のとおり																							
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	長岡	銀行	信金農協	信組	国保	本店出張所																	
	口座種別	1.普通	2.当座	口座番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	療養に要した経費	費用額	※	円
	フリガナ	コクホ ハナコ																						
	口座名義人	国保 花子																						
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																								
委任状	受任者住所	○市○町○丁目○番地 ○○アパート○号室																						
	(口座名義人)受任者氏名	国保 花子 (自署または記名押印)																						
	(世帯主)委任者氏名	国保 太郎 (自署または記名押印)																						

※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 長岡市○町○丁目○番地 ○○アパート ○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
	電話番号 0000-00-0000

