

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										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												入院の有無		有 無		
個人番号																
医療機関等の所在地																
医療機関等の名称												医師等 氏名				
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 令和 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										療養に要した経費	費用額 ※		円	
傷病の経過		別紙のとおり											一部負担金 ※		円	
第三者行為(交通事故等)の有無		有 無											支給決定額 ※		円	
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 ()			本店 出張所										
	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													
(口座名義人) 受任者氏名											(自署または記名押印)					
(世帯主) 委任者氏名											(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									
	氏名											
	個人番号											
	電話番号											

