|  |
| --- |
| **国民健康保険療養費支給申請書** |
| 被保険者記号・番号 | 長 |  |  |  |  |  |  |  | 療養を受けた被保険者 | 氏 名 | 世帯主との続柄 |  |
|  |  |
| 傷病名 |  | 生年月日 |
| 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　　年　　　月　　　日　生　 |
| 発症負傷日 | 年 　 　月 　　日 | 個人番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 傷病名又は負傷の原因 |  |
| 療養を受けた病院、診療所薬局等の名称及び所在地 | 名 称 |  |  |
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|
| 所在地 |  | 公費法別 |  |  |
| 療養の給付を受けることができなかつた理　　　　由 |  |
| 療養を受けた期　　　　間 | A 入院B 外来 | 　　　　　年　　　月　　　日　から　　　年　　　月　　　日　まで　　日間（意見書：　　　　　年　　　月　　　日） | 傷病の経過 |
| 口座振込 | 銀行信金農協 |  |  |  |  | 種　別 | 口座番号 | 名義人（カタカナ） |
| 支店 |  |  |  |  | １普 | ２当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備　　　考 |  |
| 上記のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日長岡京市長　様（世帯主）住所　　長岡京市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　（　　　　　）　　　　　　－　　　　　　　 |
| 委任欄 | 本申請に基づく療養費の受領を　　　　　　　　　　　に委任します。　氏名　　　　　 　　　　　　　㊞ |

第１１号様式（第２４条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※処理欄 | 作成履歴 | 無・有（　　年　　月　　　　　　　　　　　　　） | ※市役所計算欄 |
| 費用額 | 円 |
| 公費41～45 | 無・有（医療係：済・未） | 給付額 | 円 |
| 未納 | 無・有（窓口・領収書記入　　　　　　　　　　　） | 自己負担額 | 円 |
| 療養を受けた理由 | 1. 一般の傷病等 　 2. 第三者行為による傷病等3. 業務上の傷病等　　4. その他（　　　　　　　　 ） | 高額療養費 | 該当・非該当 |