

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号	長							氏名	世帯主との 続柄
傷病名	療養を受けた 被保険者			生年月日					
発症負傷日				年	月	日	昭和・平成・令和 年 月 日生		
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 できなかった理 由									
療養を受けた 期 間	A 入院	年 月 日 から			傷病の経過				
	B 外来	年 月 日 まで 日間							
		(意見書: 年 月 日)							
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									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>長岡京市長 様</p> <p style="text-align: center;">(世帯主) 住所 長岡京市 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">個人番号 _____</p> <p style="text-align: right;">電話 () - _____</p>									
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 (印)								

※処理欄	作成履歴	無・有 (年 月)	※市役所計算欄	
	公費 41～45	無・有 (医療係: 済・未)	費用額	円
	未 納	無・有 (窓口・領収書記入)	給付額	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 ()	自己負担額	円
			高額療養費	該 当 ・ 非 該 当