

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 | | |
| | | | | 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 | 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 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する | | | | | |
| | 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

長岡市長様

(世帯主)

住所 長岡市

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 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 |