

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
									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	<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
	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 _____ (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	