

国民健康保険特別療養費支給申請書

被保険者証記号番号	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					
個人番号											有	無				
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		令和	年	月	日から	日間					
傷病名及びその原因	別紙のとおり										期間	令和	年	月	日まで	
療養内容	別紙のとおり															
傷病の経過	別紙のとおり															
第三者行為(交通事故等)の有無	有 無															
振込先(どちらかを選択)	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する ※公金受取口座を登録している方に限ります (以下の口座名義人の個人番号欄を御記入ください) ※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の 口座情報欄の記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の 金融機関への振込を優先します。															
	口座名義人の個人番号										療養に要した経費	費用額	※	円		
												一部負担金	※	円		
												支給決定額	※	円		
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (以下の口座情報欄を御記入ください)													※欄は記入しないでください			
振込先金融機関名						銀行 農協	信金 信組				本店 支店 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)														



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				
	氏名				
	個人番号				
	電話番号				