

(様式第4号) (第9条関係)

区分 1	一般 退本 退扶	区分 2	義務教育就学前 高齢者1割 高齢者2割 高齢者3割
---------	----------------	---------	------------------------------------

※区分欄は記入しないでください。

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号	いいやま	療養を受け た被保険者 氏名	昭・平 年 月 日生 (歳)	世 帯 主
傷 病 名		被保険者の 個人番号	続 柄

発病・負傷 年月日		療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
--------------	--	---------	-----------------------

診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他のものの名称及び所在地

診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名

療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由	発病の原因		療 養 に 要 し た 費 用
	傷病の経過		
	療養の内容		

備 考 ※フリガナ・番号など、口座の記入誤りにご注意ください。

振 込 先	北信州みゆき農協	フリガナ
	八十二銀行 長野信用金庫 長野県信用組合	支所 支店	口座名義人 口座番号

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙の書類を添えて申請します。

なお、支払は上記口座へ振込んでください。

平成 年 月 日

世帯主 個人番号 [.....]

住 所 飯山市 番地

氏 名 ㊟

飯山市長 あて