

(様式第4号)(第9条関係)

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

* 区分欄に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		世帯主
傷病名			大・昭・平 年 月 日(才)	続柄
発病・負傷年月日	平成 年 月 日	療養期間	平成 年 月 日から 平成 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 円
		傷病の経過		
		療養の内容		
備考				
振込先	北信州みゆき農協 八十二銀行 長野信用金庫 長野県信用組合	支所	フリガナ	
			口座名義人	
		支店	口座番号	普通・当座
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 住 所 飯山市 番地 氏 名 印 飯山市長 あて				