

(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			年 月 日 (歳)				続柄				
発病・負傷年月日	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 受けことがで きなかった理由	発症又は 負傷の理由		1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)				療養に要した費用 円				
備考											
振込先	<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) 公金受取口座を利用していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳 等の写しの提出が不要になります。										
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する ※フリガナ・番号など、口座の記入誤りにご注意ください。										
	農協 銀行 信用金庫 信用組合		支所 支店		フリガナ 口座名義人						
					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り込んでください。											
年 月 日			個人番号								
			住 所		飯山市			番地			
世帯主			氏 名		Ⓜ						
			連絡先(自宅☎)								
			(携 帯)								
飯山市長 あて											