第6号様式（第11条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

支給決定金額	円	療養期間	年　月　日から 年　月　日まで 日間
		療養機関の名称	
		療養に要した費用額	円
被保険者記号・番号		療養を受けた者の氏名	
		療養を受けた者の個人番号	

振込先	金融機関名	銀行　信用金庫　農協　店所
	口座番号	普通　当座
	口座名義人氏名	（フリガナ）

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

令和　　年　月　日

長久手市長　　殿

療養の給付を受けることができなかった理由	
	1　補装具を作製依頼 2　被保険者証未提示 3　その他（　　）

療養に要した費用額	審査決定費用額	支給決定金額
円	円	円

世帯主	住所	長久手市	電話	
	氏名		個人番号	

※世帯主以外の人は、下記に記入してください。

申請代理人	住所			
	氏名		電話	

処理欄	資格	第三者行為	未納	本人確認書類	受付	
	有・無	該当・非該当	有・無	運転免許証 その他（　　）		
	□一般　□退職	□1.一般　□2.65～69才　□3.70才以上（1割） □4.70才以上（3割）　□5.未就学児　□6.70才以上（2割）				
	□福祉医療あり	□81.子ども（平成17年4月2日以降出生） □82.障害　□83.母子　□85.精神				