

太枠内をご記入ください



様式第5号 (第5条関係)

長野市福祉医療費給付金支給申請書

長野市長 宛		申請者(受給者)住所 長野市大字鶴賀緑町1613番地		00年12月1日	
氏名 長野 一郎		加入医療保険名、記号、番号		電話番号 090-1234-5678	
対象者の氏名及び生年月日		受給者番号 0012345		加入医療保険	
対象者氏名 長野 りんご		加入医療保険名称 〇〇		〇全国健康保険協会 健康保険組合 長野支部 共済組合 国民健康保険 国民健康保険組合	
対象者生年月日 平成00年4月12日		加入医療保険記号 123		加入医療保険番号 345	
私は、この申請に係る福祉医療費給付金の支給の審査に当たり、長野市が保険者に対して療養の給付等の内容の情報について確認することに同意します。		同意者氏名 長野 一郎 (被保険者・組合員)			

医療機関等に関する証明欄	年 月分 診療報酬等証明書		年 月 日	
	所在地、名称及び代表者氏名			
	療養の給付等の区分	入院・入	領収書を添付していただくと、医療機関等の証明欄の記入は不要です。	
	診療	一部負担金額		
(備考)				

長野市 処理欄	計算区分	継続区分	申請書番号
	受付年月日	年 月 日	