

領収書返却 必要・不要・済	受付印	申請書は人ごとに1枚でOK	費用額
乳・子・親・障・なし			自己負担
外来・入院（70歳以上のみ）			一部負担

一般療養費（以前に加入していた健康保険に、医療費を返納した場合）

国民健康保険療養費支給申請書 一般・歯科
生血・補装具

記号番号	32 - 12 - 3456	氏名	国保 花子
傷病名	わかる範囲で記入。医療機関等に医療費を支払った日の翌日から起算して2年を経過した分は、時効のため給付できません	療養を受けた被保険者	生年月日 S・H ○ 年 ○ 月 ○ 日
			世帯主との続柄 本人・(子)
発病負傷年月日		(補装具の場合、証明書の日付)	H○○年 ○月 ○日から H○○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・薬局その他の者の名称及び所在地 ○△×病院 他

その他、前保険の保険証を誤使用したためなど、具体的に。

療養費の支給申請をした理由 被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由	<input type="checkbox"/> 治療上必要な装具を作成したため（それ以外は余白に記述）
	扶養から外れたため

発病又は負傷の原因	【該当項目にレ点】 <input type="checkbox"/> 通勤中、勤務中の傷病 <input type="checkbox"/> 第三者の行為による傷病 <input checked="" type="checkbox"/> その他	【原因を詳述】	療養に要した費用					
			拾万	万	千	百	十	円
			¥	5	0	0	0	0

領収書の金額

上記のとおり療養に要する費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

いずれか一つにレ点。

住所 町田市森野2-2-22

H○○年 ○月 ○日 世帯主 氏名 国保 太郎

町田市長 様 電話 042 (○○○)○○○○



※記載事項を

本依頼書に記入した事項に関しては、町田市のOA機器に登録することを承諾いたします。

金融機関名	○○○	1.銀行 2.金庫 3.信組 4.農協	支店名	○△×	1.本店 2.支店 3.支所 4.出張所	店番号	○○○
種別	1普通 2当座	(右詰めでご記入ください)			フリガナ	コクホ	ハナコ
口座番号	0 0 0 0 0 0 0	口座名義	国保 花子				

記入例のように、世帯主の口座以外に振り込む場合、記入。印鑑は、3箇所同じものを押印。

口座名義人 委任状(世帯主名義以外の口座に振り込む場合のみ記入して下さい。)

私は、住所 町田市森野2-2-22

氏名 国保 花子

に療養費の受領に関する権限を委任します。

H○○年 ○月 ○日 世帯主 住所 町田市森野2-2-22

氏名 国保 太郎

印を押してください。

