

領収書返却 必要・不要・済	受付印	国 保 費 用 額	
乳・子・親・障・なし		保 險 者 負 担	
外来・入院 (70歳以上のみ)		一 部 負 担	

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 - -	療養を受けた 被保険者	氏名	
傷 病 名			生年月日	S・H 年 月 日
発病負傷 年 月 日	年 月 日	療養期間 (補装具の場合、 証明書の日付)	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・薬局その他の者の名称及び所在地				
診療調剤又は手当に従事した医師・歯科医師・薬剤師その他の者の氏名				
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)		

発病又は 負傷の原因	【該当項目にシ点】 <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 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						

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いたします。

住所

年 月 日 世帯主 氏名 印

町田市長 様 電話 ()

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.信用金庫 3.信用組合 4.協同組合	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	口座番号	(右詰めでご記入ください)	フリガナ			
				口座名義			

受付者	委任状(世帯主名義以外の口座に振込む場合のみ記入して下さい。)	
	私は、住所 氏名	に療養費の受領に関する権限を委任します。
確認者	年 月 日 住所 世帯主 氏名	印

注意事項
 保険税に未納がある場合、給付が差止になることがあります。
 一般・補装具・海外療養費は、審査機関に提出するため、支給まで通常2、3ヶ月程度かかります。

捨印

印

※記載事項を変更した場合は必ず訂正印を押してください。