

国名  
アメリカ  
通貨  
ドル

海外療養費

領収書返却(必要)不要・済

受

申請書は、月ごと、人ごと、  
医療機関ごとに1枚記入

# 海外療養費 申請書記入例

国名・通貨を記入

領収書の返却希望の場合は記入

部 負

注意事項

○ 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  
○ 保険税に未納がある場合、給付が差し止になることがあります。  
2、3ヶ月程度かかります。

保険証の記号番号を記入

## 保険療養費支給申請書

一般・補装具

記号番号	32 - 12 - 3456	療養を受けた 被保険者	氏名	国保 花子
			生年月日	S60 年 1 月 1 日
			個人番号 (マイナンバー)	
			世帯主との続柄	本人・( 子 )
発病負傷 年月日	不明 年 月 日	療養期間	R5 年 5 月 5 日から	
			年 月 日まで ( 1 )日間	

不明であれば、その旨を記入

医療機関の名称及び所在地

○△× international hospital

医師・歯科医師・薬剤師等

海外に渡航した理由を記入

医療機関名を記入

療養費の支給申請をした理由  
(保険証が使えなかった理由)

具を作成したため (それ以外は余白に記入)

海外出張のため

発病・負傷  
の原因

【該当項目に☑】

通勤中、勤務中の傷病

第三者の行為による傷病

その他

(医療機関を受診した理由を記入)

原因不明

医療機関に受診した理由を記入  
病気など原因が、  
不明の場合は、その旨記入

いずれか一つに☑

に関する証拠書類を添えて申請します。

住所	町田市森野2-2-22
氏名	国保 太郎
個人番号(マイナンバー)	
電話	042 ( 000 ) 0000

町田市長 様

受診時の世帯主

希望する方の口に「レ」をつけてください。

世帯主の公金受取口座(マイナンバーに紐付けた口座)を利用します。

下記の口座を振込先として指定します。

※口座名義人が世帯主以外の人である場合は、委任状欄の記入が必要です。

世帯主のマイナンバーに  
紐付けた口座を利用する場合は、  
上の口に☑をつけてください  
その場合、口座・委任状の記入は不要です

金融機関名	000	支店名	△△△	店番号	1	2	3									
種別	1普通 2当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人 (カタカナで記入)	コ	ク	ホ	ハ	ナ	コ

銀行

1本店  
2支店  
3支所  
4出張所

委任状(世帯主名義以外の口座に振込む場合必ず記入して下さい。)

受付者	住所	町田市森野2-2-22	世帯主以外の口座に振込む場合に記入	世帯主の押印
	口座 名義人	氏名	国保 花子	
確認者	住所	町田市森野2-2-22		印
	氏名	国保 太郎		

翻訳者の住所・氏名

町田市森野2-2-22 国保 花子

翻訳者の住所・氏名を記入

本申請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します。