

領収書返却 必要・不要・済	受付印	総医療費	
乳・子・青・親・障・なし		保険者負担	
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・補装具 〕

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 2、3ヶ月程度かかります。

○ 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。

記号番号	32 - -	療養を受けた被保険者	氏名				
傷病名			生年月日	年	月	日	
			個人番号 (マイナンバー)				
発病負傷年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日から				
			年 月 日まで	( )日間			
医療機関の名称及び所在地							
医師・歯科医師・薬剤師等の氏名							
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)			<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入)				
発病・負傷の原因	【該当項目に☑】		(医療機関を受診した理由を記入)		療養に要した費用		
	<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				拾万	万	千
上記のとおり申請します。							
住所							
年 月 日			氏名				
町田市長 様			世帯主		個人番号(マイナンバー)		
			電話		( )		

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。

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	口座名義人 (カタカナで記入)				

**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					
確認者	口座名義人	に療養費の受領に関する権限を委任します。				
	氏名					
	住所					
	年 月 日	世帯主				
	氏名					



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。