

国 名
通 貨

海外療養費		受付印	総 医 療 費	
領収書返却 必要・不要・済			保 険 者 負 担	
乳・子・青・親・障・なし			一 部 負 担	
外来・入院（70歳以上のみ）				

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、給付が差止になることがあります。

国民健康保険療養費支給申請書										〔 一 般 ・ 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		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)					□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☑】 □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)				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します。														
住所 年 月 日 氏名 世帯主 個人番号(マイナンバー) 町田市長 様 電話 ()														

希望する方の□に「レ」をつけてください。

<input type="checkbox"/> 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。														
<input type="checkbox"/> 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)				

受付者	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。)													
	口座 住所 名義人 氏名 に療養費の受領に関する権限を委任します。													
確認者	住 所 年 月 日 世帯主 氏 名													
	印													

翻訳者の住所・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。