

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3、4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。

※職員記入欄	記号番号 32 - -	傷病名	療養を受けた被保険者	氏名		
				生年月日	年 月 日	
				個人番号 (マイナンバー)		
				世帯主との続柄	本人・()	
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	百
					十	円
上記のとおり申請します。						
年 月 日			住所			
			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。

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.金庫 3.組合 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	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。)				
	住所				
	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				
確認者	住所				
	年 月 日 世帯主				
	氏名	(印)			

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。