

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	
国民健康保険療養費支給申請書 一般・補装具						
※職員記入欄		記号番号		32 - 12 - 3456	療養を受けた被保険者	氏名 国保 花子
		不明であれば、その旨を記入				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	
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		
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)				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)		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。				
R5 年 6 月 1 日		世帯主		住所 町田市森野2-2-22	氏名 国保 太郎	
町田市長 様				個人番号(マイナンバー)		受診時の世帯主
電話 042 (000) 0000						
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		000		支店名	△△△	
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)	
				1本店 2支店 3支所 4出張所		店番号 1 2 3
				コ ク ホ		ハ ナ コ
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。)						
口座名義人		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
氏名 国保 花子		住所 町田市森野2-2-22		氏名 国保 太郎		印
R5 年 6 月 1 日		世帯主				
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。