

国名
通貨

海外療養費	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	

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。

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 - -	療養を受けた被保険者	氏名				
	傷病名		生年月日	年	月	日	
	発病負傷年月日		個人番号 (マイナンバー)				
		療養期間	世帯主との続柄	本人・()			
			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
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			氏名				
年 月 日			世帯主				
町田市長 様			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。

<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.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			に療養費の受領に関する権限を委任します。								
	口座名義人 氏名											
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。