

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

(あて先) 茅ヶ崎市長

申請者 住所

(世帯主)

氏名

電話番号

次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いたします。

療養月 令和 年 月分

保険種別	1. 国	1. 本入	3. 六入	5. 家入	7. 高入一	9. 高入7	記号・番号	08-
		2. 本外	4. 六外	6. 家外	8. 高外一	0. 高外7		
給付割合	7割 8割						(療養を受けた) 被保険者氏名	
保険者番号	140087						生年月日	3. 昭 4. 平 5. 令 年 月 日

療養種別	01. 一般診療 02. 装具 03. 柔整 04. マッサージ 05. 鍼灸 06. その他							
点数表	1. 医科 3. 歯科 4. 調剤			実日数	日	食事回数	回	
療養に要した費用	円(点)			傷病名				
一部負担金				発病または負傷年月日	令和 年 月 日			
食事に要した費用				傷病経過				
食事標準負担額 (薬剤負担金)				療養期間	令和 年 月 日 から			
※査定金額					令和 年 月 日 まで			
支給金額				療養の給付を受けることのできなかった理由				
病院、診療所等の 名称及び所在地								

保険年金課 処理欄	受付者	收受印
	入力	

請 求 書

(あて先) 茅ヶ崎市長

住所 (所在地)

下記金額を請求します。

請 求 金 額			

氏名 (名称)

印

項 目 ・ 品 名	数 量	単 価	金 額
療養費			
合 計			

※ ゆうちょ銀行に振込みを指定する場合は、ゆうちょ銀行で新たに振込みを受けるための口座番号等を通帳に記載してもらい、その店番、預金種目、口座番号を「ゆうちょ銀行欄」に記入してください。

口 座 振 替 支 払 依 頼 書			
口座名義人(ゆうちょ銀行へ振込みの方も記入してください。) (カタカナ)			
金 融 機 関 欄			
金融機関名		支店名	
金融機関コード	支店コード	預金科目	口座番号
1 普通	2 当座	3 別段	

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

茅ヶ崎市 御中
To Chigasaki City Office

私（療養を受けた者）と私の世帯主は、貴市（区町村）の職員あるいは、貴市（区町村）が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

I (patient who has received treatment) and my head of household authorize the City (Municipality) Office or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

署名・押印欄
Signature

署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。なお次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名、押印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

①日付 (Date) _____年 (Year) ____月 (Month) ____日 (Day)

②患者 (Patient) _____ (*署名者と同一の場合は省略可)

(*This is not compulsory to be filled in if the patient is the one who will sign the document)

③氏名 (Signature) _____印

④住所 (Address) _____

⑤生年月日 (Date of birth) _____年 (Year) ____月 (Month) ____日 (Day)

⑥患者との関係(Relation to the insured)

: 本人 (Self) ・ 親権者 (Guardian) ・ 法定相続人 (Heir) ・ その他 (Other) [_____]