

記入の前にご確認ください。

国民健康保険療養費支給申請書、請求書の黄色で網掛けした部分に必要事項を記入、押印してください。

申請者は世帯主となります。振込先口座は世帯主名義の口座を指定してください。

申請書の印鑑は、スタンプ式の印鑑ではないものを使用してください。

記入した文字を訂正する場合は、二重線で消して請求書と同じ印鑑を押してください。

郵送時に同封いただくもの

- ・国民健康保険療養費支給申請書
- ・請求書
- ・【共通】診療内容明細書(FormA) ※要日本語訳
- ・【医科】医療機関等に支払った際の領収明細書(FormB) ※要日本語訳
- ・【歯科】領収明細書(歯科)(FormC) ※要日本語訳
- ・調査に関わる同意書(治療を受けた被保険者本人が記入したもの)
- ・パスポートの写し
(出入国スタンプが押してあるページ※と顔写真が載っているページ)
※海外で診療を受けた期間に渡航していたことが確認できる出入国スタンプが押してあるページのみで可

郵送で提出していただいた場合、添付資料の不足や記載不備等の際、再提出を求める場合がありますので、ご了承ください。

【申請書類送付先】

点線に切り取り、封筒に貼り付けてご利用ください。

〒253-8686

茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号

茅ヶ崎市保険年金課

給付担当 行

国民健康保険療養費支給申請書

令和6年4月1日

(あて先) 茅ヶ崎市長

申請者

住所 茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号

記入日と世帯主の住所、氏名、
電話番号を御記入ください。

(世帯主)

氏名 茅ヶ崎 太郎

電話番号 0467-82-1111

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

※記号・番号が不明な場合は未記入のままご提出ください。

保険種別	1. 国	1. 本入	3. 六入	5. 家入	7. 高入	9. 高入	記号・番号	08-1234567
給付割合	7	療養を受けた方の氏名、 生年月日を御記入ください。					(療養を受けた) 被保険者氏名	茅ヶ崎 花子
保険者番号	140087						生年月日	③ 昭 4. 平 5. 令 30年1月1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	収受印
	入力	

請 求 書

(あて先)

下 記

世帯主の住所、氏名を記入してください。

スタンプ印ではない印鑑で押印してください。

住所 (所在地)

茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号

氏名 (名称)

茅ヶ崎 太郎

茅
印
崎

項 目 ・ 品 名	数 量	単 価	金 額
療養費			
合 計			

※ ゆうちょ銀行
記載しても

世帯主名義の振込先口座情
報を御記入ください。

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
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)

チガサキ タロウ

金 融 機 関 欄

金融機関名

横浜銀行

支店名

茅ヶ崎支店

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

9

8

7

6

5

4

3

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）私の世帯主は、貴市の職員あるいは、貴市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および海外・国内の公的機関に照会を行い、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 house hold authorize the City 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 and public agencies at home and abroad 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（本人が未成年者である場合）、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、

記入日と治療を受けた被保険者の氏名、住所、生年月日、関係を記入してください。

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

①署名日（Date of signature） 2021 年（Year） 4 月（Month） 1 日（Day）

②患者（Patient） _____

③署名者（Signer） 茅ヶ崎 太郎

④住所（Address） 茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号

⑤生年月日（Date of birth） 1960 年（Year） 1 月（Month） 1 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） [_____]