

国民健康保険 療養費・特別療養費 支給申請書

(宛先) 岡崎市長		令和 年 月 日	
住所			
申請者 (世帯主) 氏名			
マイナンバー (個人番号)		電話 ()	
次のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。			
被保険者証記号番号	—	マイナンバー (個人番号)	
療養を受けた被保険者	氏名		
	世帯主との続柄	生年月日	S・H・R 年 月 日
傷病の原因	<small>※通勤途中の怪我・仕事上の負傷は、原則、支給対象外となります。 ※交通事故やけんか等、第三者の行為による負傷が原因で治療を受けた場合は、第三者行為の届出が必要になることがあります。</small> <input type="checkbox"/> 通勤途中・仕事上の負傷 <input type="checkbox"/> 第三者の行為 <input type="checkbox"/> その他 ()		
振込先	銀行・信金 本店	口座種別	普通 ・ 当座
	信組・農協 支店	フリガナ	口座番号
	フリガナ	口座名義	金融機関コード 店番
この給付の受領を、 受領委任状 (世帯主と振込先口座名義人が異なる場合は記入をしてください) 令和 年 月 日 (口座名義人住所) <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ (口座名義人氏名) 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 申請者 (世帯主) _____ (※)(※世帯主が手書きしない場合は記名押印してください)			

療養期間	令和 年 月 日から 日まで 日間				
療養種別	1 診療費 (医・針灸・歯・調・海) 2 治療用装具	3 看護料 4 生血 5 初老期認知症施設療養費 6 その他 ()	1 入院 2 外来	療養につき算定した費用の額	円
診療、薬剤の支給又は手当を受けた保険医療機関等の名称及び所在地	名称				
	所在地				
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は調剤師の氏名					
療養の給付等を受けることができなかった理由	1 緊急で被保険者証を不携帯だった	傷病名			
	2 業者に装具の作成を依頼した	発病又は負傷の年 月 日			
	3 他保険資格喪失後の受診	傷病の経過			
	4 海外渡航中の療養	療養内容			
	5 特別療養費支給対象期間の療養				
	6 その他 ()				

(市処理欄)

受付番号			確認事項	
支給決定額①	円	国民健康保険料	完納・その他	
控除額 ②	円	子ども・障がい等の福祉医療の有無	有 () ・ 無	
差引支給額①-②	円	世帯主口座への振込みか	はい・いいえ	
(7割・8割・割)	<input type="checkbox"/> 別紙充当委任状添付	(治療用装具) 耐用年数内の申請か	はい・いいえ	

受付	入力	決定
本庁・岡崎・大平・東部・岩津 矢作・六ツ美・額田		

届出人氏名

受付印

海外での療養の場合にご記入下さい。

誓約書・同意書

私（療養を受けた者） _____ は、この海外療養費申請に関わる海外渡航が治療目的では無いことをここに誓約します。

・治療開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・被保険者（療養を受けた者）

（氏名） _____

（住所） _____

（生年月日） _____ 年 _____ 月 _____ 日

また、私（療養を受けた者） _____ と、私の世帯主 _____ は、岡崎市あるいは、岡崎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、療養行為を行ったものに照会を行い、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。

また、申請にあたり、パスポートを岡崎市に提示してコピーすることも併せて同意します。

署名欄

署名は、治療を受けた被保険者本人が行ってください。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）が署名してください。

（氏名） _____

（住所） _____

（日付） _____ 年 _____ 月 _____ 日

（患者と関係）

本人・世帯主・法定相続人・その他 [_____]

※本誓約書・同意書の有効期限は署名日から1年間です。