

## 記載例

## 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		住所	こちらから連絡させていた だく場合がありますので、 連絡の取りやすい電話番号 をご記入ください。		○年 ○月 ○日									
		<b>世帯主の住所</b>	<b>世帯主の氏名</b>		電話									
			ナンバー (個人番号)	世帯主のマイナンバー (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇										
			費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。											
		1234-5678	マイナンバー (個人番号)	療養を受けたかたのマイナンバー										
療養 被保 持者	氏名	療養を受けたかたの氏名												
	世帯主との続柄	本人、妻等	生年月日	S・H・R	○年 ○月 ○日									
<b>傷病の原因</b>	※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。 □通勤途中・仕事上の負傷 □第三者の行為 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (自宅で転んでケガをした)													
公金受取口座	□利用する (振込先記載不要) <input checked="" type="checkbox"/> □利用しない (振込先を記載)	振込先	〇〇 銀行 信金 信組・農協 〇〇 本店 支店	口座種別	普通・当座									
			フリガナ <b>フリガナ (世帯主の口座名義)</b>	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇									
			口座名義 <b>世帯主の口座名義</b>	金融機関コード 店番										
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 (口座名義人氏名)														
の給付の受領を、 (口座名義人住所) □ 世帯主と同じ 所 申請者 (世帯主) 氏名 _____ に委任します。 (※)(※世帯主が手書きしない場合は記名押印してください)														
振込先として世帯主の公金受取口座 (マイナポータルで確認できる口座) を利用する場合は、「振込先」欄の記載は不要です。														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>令和 年 月 日から</th> <th>日まで</th> <th>日間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2月</td> <td>1 入院 2 外来</td> <td>療養につき 算定した 費用の額</td> </tr> <tr> <td>記載のとおり</td> <td></td> <td>円</td> </tr> </tbody> </table>						令和 年 月 日から	日まで	日間	2月	1 入院 2 外来	療養につき 算定した 費用の額	記載のとおり		円
令和 年 月 日から	日まで	日間												
2月	1 入院 2 外来	療養につき 算定した 費用の額												
記載のとおり		円												
所在														
<b>世帯主口座を振込先に希望される場合は記載不要です。</b>														
世帯主以外の口座を振込先に指定する場合は、「受領委任状」欄を記載してください。 ※「受領委任状」は世帯主本人が署名してください。 ただし、病気等のやむを得ない事情により世帯主が署名できない場合は、世帯主の許可を得たうえで代理のかたが記入してください。 その際は、「申請者 (世帯主)」欄への押印が必要です。														
(市処理欄)														
支給決定額①	円	確認事項												
控除額 ②	円	国 员 健 康 保 险 料 完納・その他												
差引支給額①-②	円	子 婴 儿 童 病 治 療 の 有 無 有( )・無												
(7割・8割) <input type="checkbox"/> 別紙充当委任状添付		世帯主口座への振込みか (治療用装具) 耐用年数内の申請か はい・いいえ はい・いいえ												
受付	入力	審査	届出入署名 <b>申請書を記載されるかたの氏名</b>			受付印								
本庁・岡崎・大平・東部・岩津 矢作・六ツ美・額田														

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）療養を受けたかたの氏名は、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）療養を受けたかたの氏名

（住所）療養を受けた方の住所

（生年月日）○年○月○日

また、私（療養を受けた者）療養を受けたかたの氏名と、私の世帯主世帯主の氏名は、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、場所及び療養内容）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、海外渡航の証明になるもの（パスポート等）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）療養を受けたかたの氏名

（住所）療養を受けたかたの住所

（日付）○年○月○日

（患者と関係）記入日

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6か月間です。