

受付年月日	受付者印
年 月 日	

国民健康保険療養費支給申請書(海外療養費用)

被 保 険 者 記 号 番 号	み登米 A	療養を受 けた被保 険者氏名		世帯主 との 続柄	
被保険者区分	一般 ・ 乳幼児 前期高齢(70歳以上)	個人番号			
		生年月日	年 月 日		
傷 病 名		療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日 間		
発 病 ・ 負 傷 年 月 日	年 月 日				
治療を受けた医療機関の名称及 び所在地、治療に従事した医師 の 氏 名					
医療の給付を受ける ことができなかった理由			発 病 の 原 因		
			傷 病 の 経 過		
療養に要した費用	円		療 養 内 容		

☐ 公金受取口座を利用する(利用する方は口座情報の記入不要)
※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。

☐ 振込口座を指定する

口座振替 依頼欄	金庫 金庫 農協 組合	本店 支店	種 目	口 座 番 号			
	金 融 機 関 コード	店 舗 コード	1 普 通				
			2 当 座				
			3 その他 ()				
	(フ リ カ ナ) 口 座 名 義 人						

上記のとおり医療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。

年 月 日

住 所 登米市

世 帯 主

(あて先)

氏 名

個人番号

登 米 市 長

電話番号 ()

※ 以下市記入欄

療養に要した費用	国内における標準費用額	一部負担金相当額
円	円	円
外国為替換算率 (年 月 日)	支給決定額	円