

# 国民健康保険海外療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号		阿蘇									
療養を受けた被保険者の氏名		生年月日					昭和・平成・令和				
個人番号							年 月 日				
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局、その他の者の名称及び所在地		名称		別紙のとおり							
診療又は薬剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名		別紙のとおり									
渡航目的											
渡航期間		令和 年 月 日から					日間				
		令和 年 月 日まで									
療養期間		令和 年 月 日から					日間				
		令和 年 月 日まで									
疾病名		別紙のとおり									
上記期間に受けた療養について支払った一部負担金の額										円	
備考	国民健康保険法第54条の規定による療養費払いとして ( 円× )										
						支給決定額		円			
<p>阿蘇市長 様</p> <p>上記のとおり、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。 振込先の口座名義人が申請者(世帯主)と異なる場合には、下記指定口座への振込をもって阿蘇市からの支払金の受領と認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">郵便番号</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者(世帯主)氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">個人番号 <span style="float: right;">電話</span></p> <p style="text-align: center;">代理人(届出人)氏名</p>											
金融機関名							支店名				
口座名義人(カタカナ)							種別		1.普通 2.当座		
口座番号							右づめ記入				
ゆうちょ銀行		記号				番号					

※申請書には診療の内容が分かる医師の診療明細書、領収明細書、翻訳文、パスポート等の渡航の事実が確認できるもの、海外の医療機関に照会する同意書を添付すること

課長	課長補佐	係長	担当

確認欄	公簿

第三者行為の有無(有・無)