

相模原市 国民健康保険 海外療養費について

海外で急に傷病になり、その治療のために海外の医療機関等で診療を受けたとき、その費用の一部について払い戻しが受けられます。

支給の対象となるのは、その治療が日本国内で保険診療として認められている医療行為のみに限られます。



支給対象外となるもの

- 治療目的で渡航した場合
- 心臓や肺などの臓器移植
- 人工授精等の不妊治療
- 性転換手術
- 保険診療の扱いとなっていない、世界でもまれな最先端医療
- 自然分娩（出産育児一時金の支給対象にはなりません）
- 美容整形
- 予防接種
- 交通事故などの第三者行為
- 健康診断・定期的な検査・検診（病名のないもの）
- 患者が独自に購入した薬剤（医師の診断、処方に基づかないもの）
- インプラントなどの保険診療の扱いとならない歯科治療

～ 申請の流れ～

1. 渡航前に書類をご用意していただき、書類を持って海外へ渡航してください。

◎海外へ持参していただきたい書類

「診療報酬明細書（FormA）」、「領収明細書（FormB）」、「領収明細書（歯科）」、「国民健康保険用国際疾病分類表」（参考）

◎置いてある窓口

市役所国保年金課・南区役所区民課・緑区役所区民課

各まちづくりセンター（橋本、中央6地区、大野南まちづくりセンターを除く）

※市のホームページからもダウンロードできます。

[市HPトップページ](#) > [申請書ダウンロード](#) > [国民健康保険](#) > [海外療養費の申請に関する書類](#)

2. 海外で診療を受けた時、「診療報酬明細書（FormA）」「領収明細書（FormB）」を医師に記入してもらいます。歯科の場合は「領収明細書（歯科）」になります。

◎診療報酬明細書・領収明細書は、病院ごと、月ごと、入院・外来ごとに作成してください。

◎「診療報酬明細書（FormA）」等を持参しなかった場合は、必要事項が記載されていれば医療機関の様式の診療明細書・領収明細書でも結構ですので、お問い合わせください。

3. 2で記入してもらった「診療報酬明細書（FormA）」等の翻訳文をご用意ください。

◎提出書類に外国語表記がある場合は、すべて翻訳文が必要です。

◎翻訳者はどなたでも結構です。（翻訳された方のお名前・ご住所をご記入ください。）

4. 診療を受けられた方が帰国後、申請に必要なもの（裏面①～⑥）を持参し、窓口で申請してください。

◎窓口にて渡航期間・理由、診療内容等について確認させていただき、診療を受けた方に調査に関する同意書を記入していただきますので、診療を受けた方が窓口にお越しください。

（※郵送でも可）

【申請に必要なもの】

- ① 療養費支給申請書
- ② 調査に関わる同意書
- ③ 担当の医師等が記入した「診療内容明細書 (FormA)」と「領収明細書 (FormB)」等
- ④ ③の日本語の翻訳文 (翻訳者の氏名及び住所も記入してください。)
- ⑤ パスポート (渡航期間等の確認をします)
- ⑥ 預金通帳など振込先がわかるもの

【申請窓口】

市役所国保年金課・南区役所区民課・緑区役所区民課・
各まちづくりセンター (橋本、中央6地区、大野南まちづくりセンターを除く)
緑区内の各出張所 ※連絡所は不可

～申請後の支給について～

- ◎審査機関が審査しますので、提出していただいてから支給までに、3か月ほどかかります。(内容によっては、審査にお時間をいただきますので、3か月以上かかる場合がございます。)
- ◎審査の結果によっては、現地の医療機関へ確認をさせていただく場合があります。
- ◎日本での診療を標準として決定した額、又は実際に支払った額のどちらか少ないほうの7～9割分(保険者負担分)を払い戻します。
※日本に比べて現地の医療費が大幅に高額であるケースもあります。掛かった費用がそのまま戻るわけではありません。
- ◎支給額は、支給決定がされた時点でのレートで計算します。診療当時のレートではありません。

※1年以上などの長期滞在の場合、住居の本拠地が日本(相模原市)に無いと判断される場合は、転出手続きをしていただく事があります。その場合は海外療養費の対象にはなりません。

※パスポートを紛失した場合、あるいは空港において自動化ゲートを利用し、パスポートで日本の出入国及び渡航先の出入国が確認できない場合(スタンプがない場合)は、「出入国記録の開示請求」により、渡航の証明を提出していただきます。

(開示請求手続き～出入国在留管理庁)

<https://www.moj.go.jp/isa/applications/disclosure/record.html>

海外療養費において、不正請求が複数明らかになっており、医療費の適正化・不正請求の防止のため、審査については厳正に行わせていただきます。お手数をおかけいたしますが、ご理解ご協力をお願いいたします。

【お問い合わせ先】

相模原市国民健康保険コールセンター

〒252-5277

相模原市中央区中央2丁目11番15号

電話042(707)8111

- One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.

各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

Form A

Attending Physician's Statement
診 療 内 容 明 細 書

- Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male·Female)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別(男・女) _____
 - Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 _____
 - Date of First Diagnosis: D / M / Y / /
初診日 日 / 月 / 年 / /
 - Duration of Treatment: _____ days
診療日数 _____ 日
 - Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization: From / / , to / / (days)
入院 自 / / 至 / / (日間)
 Out patient or Home Visit: / / / /
入院外 / / / /
 - Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要 _____
 - Prescription, Operation and Any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要 _____
 - Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
 - Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician: Form B
治療実費 様式B
 - Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ phone 電話 _____
 Office 病院又は診療所 _____ phone 電話 _____
- Date 日付: _____ Signature 署名 _____
Attending Physician 担当医
Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

1. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.

各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

2. If not in dollars, please specify the unit used.

ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Form B

Itemized receipt
領 収 明 細 書

(1) Fee for initial office visit	初診料	\$	_____
(2) Fee for follow-up office visit	再診料	\$	_____
(3) Fee for home visit	往診料	\$	_____
(4) Fee for hospital visit	入院管理料	\$	_____
(5) Hospitalization	入院費	\$	_____
(6) Consultation	診察費	\$	_____
(7) Operation	手術費	\$	_____
(8) X-ray examination	X線検査費	\$	_____
(9) Medication	医薬費	\$	_____
(10) Anesthetics	麻酔費	\$	_____
(11) Operating room charge	手術室費用	\$	_____
(12) Others(specify)	その他(項目明記)	\$	_____ \$
(13) Total	合 計	\$	_____

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., extra charge for a bed.
注 意：高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name

名前 : Last 姓 First 名 Title 称号

Address : Home 自宅 Phone 電話
住所 Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date : _____ Signature 署名
日付

RECEIPT (DENTAL)

領収明細書(歯科)

Request to Attending physician 担当医へお願い 1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit. この様式は患者の国民健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。 2. This form should be completed and signed by the attending physician. この様式は担当医が記入し、署名してください。 3. One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。 Separate receipt required for prescriptions. 薬材料は別に処方箋を添付のこと。									
Permanent (疾病の名称および部位) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	Baby teeth (乳歯) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">V I V I I I I</td> <td style="text-align: center;">I I I I I V V</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">V I V I I I I</td> <td style="text-align: center;">I I I I I V V</td> </tr> </table>	V I V I I I I	I I I I I V V	V I V I I I I	I I I I I V V
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
V I V I I I I	I I I I I V V								
V I V I I I I	I I I I I V V								
Identify examined teeth: (該当する部位を○で囲み病名をつける) <ul style="list-style-type: none"> <li style="margin-right: 20px;">• Cavity (C) (虫歯) <li style="margin-right: 20px;">• missing teeth (F) (欠歯) <li style="margin-right: 20px;">• stomatitis (G) (口内炎) <li style="margin-right: 20px;">• Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏) • extraction needed (Z) (要抜歯) 									
Date of First Diagnosis (初診日) _____ Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) _____ day (日間) Office Visit Fees (診断料) _____ Examination Fees (検査料) _____ X-Ray Fee (レントゲン) _____ Other (その他) _____	Currency paid (支払通貨) _____ _____								
Services (治療した歯の部位と治療の種類)									
Describe when gold or platinum was used (治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)									
<ul style="list-style-type: none"> • Filling (充てん) • Inlaying (インレー又はアンレー) • Capping (metal) (金属冠) • Jacket capping (ジャケット冠) • Capping connected (歯冠継続歯) 									
Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類) <ul style="list-style-type: none"> • Bridge (ブリッジ) • Partial artificial teeth (局部義歯) • Total artificial teeth (総義歯) 									
Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称) _____ Signature of Doctor (担当医署名) _____ Date (日付) _____	Total (計) _____ _____								

Table of International Classification of Diseases for the use of National Health Insurance

国民健康保険用国際疾病分類表

Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症		Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害	
0101	Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0301	Anemia 貧血
0102	Tuberculosis 結核	0302	Others その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構 の傷害
0103	Infections with a predominantly sexual mode of transmission 主として性的伝播様式をとる感染症	Endocrine, nutritional and metabolic disorders 内分泌、栄養及び代謝疾患	
0104	Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0105	Viral hepatitis ウイルス肝炎	0402	Diabetes mellitus 糖尿病
0106	Other viral diseases その他のウイルス疾患	0403	Others その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0107	Mycoses 真菌症	Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害	
0108	Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0501	Vascular dementia and unspecified dementia 血管性及び詳細不明の痴呆
0109	Others その他の感染症及び寄生虫症	0502	Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
Neoplasms 新生物		0503	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
0201	Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	0504	Mood [affective] disorders 気分 [感情] 障害 (躁うつ病を含む)
0202	Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	0505	Neurotic stress-related and somatoform disorders 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性 障害
0203	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	0506	Mental retardation 精神遅滞
0204	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0507	Others その他の精神及び行動の障害
0205	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	Diseases of the nervous system 神経系の疾患	
0206	Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物	0601	Parkinson's disease パーキンソン病
0207	Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	0602	Alzheimer's disease アルツハイマー病
0208	Malignant lymphoma 悪性リンパ腫	0603	Epilepsy てんかん
0209	Leukemia 白血病	0604	Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0210	Other malignant neoplasms その他の悪性新生物	0605	Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害
0211	Others 良性新生物及びその他の新生物	0606	Others その他の神経系の疾患

1112	Others その他の消化器系の疾患 Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患	1408	Other disorders of breast and female genital organs 乳房及びその他の女性性器の疾患 Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく
1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症	1501	Abortion 流産
1202	Dermatitis and eczema 皮膚及び湿疹	1502	Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠中毒症
1203	Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患 Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格系及び結合組織の疾患	1503	Single spontaneous delivery* 単胎自然分娩
1301	Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害	1504	Others その他の妊娠、分娩及び産じょく Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態
1302	Arthrosis 関節症	1601	Disorders related to pregnancy and fetal growth 妊娠及び胎児発育に関連する障害
1303	Spondylopathies 脊椎障害（脊椎症を含む）	1602	Others その他の周産期に発生した病態 Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常
1304	Intervertebral disc disorders 椎間板障害	1701	Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形
1305	Cervicobrachial syndrome 頸腕症候群	1702	Others その他の先天奇形、変形及び染色体異常 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
1306	Low back pain and sciatica 腰痛症及び挫骨神経痛	1800	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
1307	Other dorsopathies その他の脊柱障害		Injury, poisoning and certain other consequences of external causes 損傷、中毒及びその他の外因の影響
1308	Shoulder lesions 肩の障害	1901	Fracture 骨折
1309	Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害	1902	Intracranial injury and injury to organs 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1310	Others その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 Diseases of the Genitourinary system 尿路性器系の疾患	1903	Burns and corrosions 熱湯及び腐食
1401	Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患	1904	Poisoning 中毒
1402	Renal failure 腎不全	1905	Others その他
1403	Urolithiasis 尿路結石症		
1404	Other diseases of urinary system その他の尿路系の疾患		
1405	Hyperplasia of prostate 前立腺肥大（症）		
1406	Other diseases of male genital organs その他の男性性器の疾患		
1407	Menopausal and postmenopausal disorders 月経障害及び閉経周辺期障害		

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the National Health Insurance.
1503 番 (*印) は国民健康保険は適用されません。

Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患	0912 Others その他の循環器系の疾患
0701 Conjunctivitis 結膜炎	Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患
0702 Cataract 白内障	1001 Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎 [かぜ]
0703 Disorders of refraction and accomodation 屈折及び調節の障害	1002 Acute pharyngitis and tonsillitis 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃腺
0704 Others その他の眼及び付属器の疾患	1003 Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症
Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患	1004 Pneumonia 肺炎
0801 Otitis externa 外耳炎	1005 Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎
0802 Other disorders of extarnal ear その他の外耳疾患	1006 Allergic rhinitis アレルギー性鼻炎
0803 Otitis media 中耳炎	1007 Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎
0804 Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患	1008 Bronchitis, not specified as acute or chronic 急性又は慢性と明示されない気管支炎
0805 Disorders of vestibular function メニエール病	1009 Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患
0806 Other diseases of inner ear その他の内耳疾患	1010 Asthma 喘息
0807 Others その他の耳疾患	1011 Others その他の呼吸器系の疾患
Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患	XI Diseases of the digestive system 消化器系の疾患
0901 Hypertensive diseases 高血圧性疾患	1101 Dental caries う蝕
0902 Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患	1102 Gingivitis and periodontal disease 歯肉炎及び歯周疾患
0903 Other forms of heart disease その他の心疾患	1103 Other diseases of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持機構
0904 Subarachnoid haemorrhage くも膜下出血	1104 Gastric and duodental ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
0905 Intracerebral haemorrhage 脳内出血	1105 Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎
0906 Occlusion of precerebral and cerebral arteries 脳梗塞	1106 Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患
0907 Cerebral atherosclerosis 脳動脈硬化 (症)	1107 Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎 (アルコール性のものを除く)
0908 Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患	1108 Liver cirrhosis 肝硬変 (アルコール性のものを除く)
0909 Atherosclerosis 動脈硬化 (症)	1109 Other diseases of liver その他の肝疾患
0910 Hemorrhoids 痔核	1110 Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎
0911 Hypotension 低血圧症	1111 Diseases of pancreas 膵疾患

国民健康保険療養費支給申請書

相模原市 国民健康保険	退 退 一 本 扶 般
----------------	----------------

※太線の中をご記入ください。

被保険者記号・番号		療養を受けた方の氏名	生年月日
記号	1 8	フリガナ	昭平 年月日
10			令 年月日

審査区分	保険者番号	給付割合	療養期間	療養年月
	14	7割 8割 9割	自令和 年月日 至令和 年月日	令和 年月
	傷病原因 (1~3のいずれかに○)	1. 疾病等 2. 交通事故等第三者行為 3. 労災事故	療養に要した費用	円
	傷病名		一部負担金	円
			申請額	円

療養の給付を受けることのできなかつた理由	診療・薬剤等の手当又は支給を受けた医療機関名等
	所在地 名称

振込指定先	金融機関名	銀行・信金・信組 労金・農協		本店	店番号
	預金の種類	口座番号(右詰め)	名義人	支店	
	1. 普通 2. 当座		フリガナ 氏名		

上記のとおり療養費の支給を申請します。
 振込先の口座名義人が申請者(世帯主)と異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、上記指定口座への振込をもって相模原市からの支払金の受領と認めます。
 年 月 日 住所 _____
 申請者(世帯主)氏名 _____
 電話番号 自宅 ()
 緊急連絡先 ()
 相模原市長 あて ※国民健康保険に関するご連絡に使います。

国保年金課処理欄	9	15	受付年月日、受付場所	連合会審査済印	支給決定年月日	令和 年 月 日	
			令和 年 月 日 () 区民課 ・まちづくりセンター・出張所 受付者		決 裁	決裁者 担当 合議 受払簿 端末 依頼書	
				住民コード	療養月	実日数	
	備考	16	25 26	30 31	33		
		療養に要した費用	金融機関コード	店番号	種目	口座番号	
	34	43 44	47	48 50	51 52	58	
		口座名義人			支給決定額		
	59		78	79		88	
	療養種別	1、一般診療 2、装具 3、柔整 4、マッサージ 5、鍼灸 6、海外療養費	89	点数表	1、医科 2、歯科 3、調剤 4、その他	90	入外区分
					1、入院 2、外来	91	被保険者負担額
					92	101	

療養費支給申請書の記載と添付書類について

1 申請書記載上の注意

申請者の記入欄・・・受診当時の世帯主の氏名をご記入ください。

振込指定先・・・申請者（世帯主）名義の口座を記入してください。

口座名義人が、申請者と異なる場合は、申請者がその口座名義人に支給金の受領を委任したとみなさせていただきます。

領収書等添付書類の返却について・・・返却を希望される場合には余白に返却を希望する旨、ご記入ください。

2 申請書に添付する書類（添付書類は原本の添付が必要です）

療養費払いの申請ができるとき	添付する書類
救急等で被保険者証を持っていなかったときや、やむを得ない理由で被保険者証が使えず、その医療費を全額支払ったとき。	1. レセプト（診療報酬明細書・調剤報酬明細書） 医療機関等よりお取り寄せください。 ※診療明細書ではありません。 2. 支払った費用の領収書
あんま、マッサージ、はり、きゅうなどの施術を受ける必要を医師（保険医）が認め、その費用を支払ったとき。	1. 医師（保険医）が治療を認めた証明書 2. 療養費支給申請書（マッサージ・はり・きゅう用） 3. 支払った費用の領収書及び明細書
コルセットなどの治療用装具を医師（保険医）が認め、その費用を支払ったとき。	1. 医師（保険医）が装着を認めた証明書 2. 支払った費用の領収書及び明細書 ※作製した装具が「靴型装具」の場合、原則、当該装具の写真の添付が必要です。（窓口において当該装具の現物確認ができれば添付不要。）
「国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証」の一部負担金の割合が2割に変更された日（＝発効期日）以降に旧証（3割）で受診したとき。	1. 支払った費用の領収書
海外渡航中に急に病気やけがで治療を受けたとき。	1. 出入国の確認がとれるパスポート 2. 診療報酬明細書（FormA）、領収明細書（FormB） 3. 診療報酬明細書（FormA）、領収明細書（FormB）の翻訳文
健康保険の資格を喪失した後に受診した療養費の立替払（相模原市国保加入前の健康保険の保険証で受診してしまった場合）	1. 加入されていた健康保険へ支払ったことが分かる領収書 2. 加入されていた健康保険よりお取り寄せいただいた診療報酬明細書

3 申請書の提出時期と支給時期

治療用装具・・・・・・・・・・毎月15日までに申請した場合は、翌月の20日以降に支給します。

（一部を除く） 16日から月末までに申請した場合は、翌月の月末以降に支給します。

治療用装具以外・・・・・・・・支給までに3ヶ月程度を要します。

なお、保険税に未納がある場合は、納税の御相談をさせていただきます。

【お問い合わせ先】相模原市 国民健康保険コールセンター

電 話：042-707-8111 (FAX：042-751-5444)

運営時間：月曜日～金曜日（祝日等を除く） 午前8時30分～午後5時15分
第2、第4土曜日 午前8時30分～正午

【担当課】相模原市役所 国保年金課 給付班

〒252-5277 相模原市中央区中央2丁目11番15号