

# 記入例

市民健康保険療養費

《 移送費・生血 》

## 移送費・生血

市記載欄	資格区分	一般	退職本人	退職家族	割合	割合			
被保険者証記号番号	31 - 99 - 9999	移送・輸血された被保険者氏名	調布 花子			世帯主からみた続柄	妻		
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6	生年月日	S・H・R	99年9月9日	( 妻 )				
移送・輸血された被保険者が持った医療証	乳幼児医療証 (乳)	不明の場合は空欄	傷害事件などによる医療受診			はい・いいえ	はい		
	義務教育就学時医療証 (子)	※「はい」の場合は、別に「第三者行為による傷病届」を提出してください。							
	ひとり親家庭等医療証 (親)	傷病名	●●●●●●●●						
	心身障害者(児)医療証 (障)								
療養証 (青)	移送・輸血年月日	平成99	年	9	月	9	日		
移送方法	新幹線・タクシー(具体的に)			生血の購入のみの場合は、移送方法・移送経路・付添人は記入不要		片道の経路を記入してください			
移送経路(片道・往復)	自宅	調布市民病院			)病院/医院から				
付添人(いない場合は空欄)	氏名	多摩 清	住所	調布市民病院		医師・看護師			
	氏名		住所	※医師・看護師の場合は勤務先の病院名		その他( )			
要した費用			百	十	万	千	百	十	点・円
上記のとおり、移送・輸血の内容及び要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。			記入不要						
申請者(世帯主)	住所	182-8511	調布市小島町2-35-1		調布マンション506号室		★1・★2は世帯主名		
氏名(世帯主)	調布 太郎(★1)		不明の場合は空欄						
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6		届出者欄は郵送の場合記入不要						
届出者氏名	調布 みどり	届出者電話番号	090-999-9999		世帯主からみた続柄	子			
振込先	銀行名	支店名	口座番号	普通 当座 1 2 3 4 5 6 7					
	あいうえ銀行 調布支店			口座名義人(カタカナ)					
チ ヨ ウ フ			タ ロ ウ (★2)					患者ではなく世帯主の口座	
※成年後見人・相続人代表など、世帯主以外の方の口座を指定する場合は、委任状が必要です。									