

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
移送・輸血され た被保険者が 持った医療 証の種類	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		
	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)病院/医院まで			
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 その他()		
	氏名		住所	※医師・看護師の場合は勤務先 の病院名			医師・看護師 その他()		
要した費用			百 十 万 千 百 十 点・円					記入不要	
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。									
申請者 (世帯主)	住所	年 月 日	〒182-8511 調布市小島町2-35-1 調布マンション506号室					移送費 必要な証拠書類 生血代	
氏名 (世帯主)	調布 太郎(★1)								
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						
	あいうえ銀行	調布支店	普通 当座	1	2	3	4 5 6 7		
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。									