

国民健康保険療養費支給申請書

《 移送費・生血代 》

市 記載欄	資格区分	一般・退職本人・退職家族	割合	
----------	------	--------------	----	--

被保険者証 記号番号	31 - -	移送・輸血された 被保険者 氏名			世帯主からみた 続柄	
個人番号		生年月日	S・H・R 年 月 日		()	
移送・輸血され た被保険者がお 持ちの医療証	乳幼児医療証 (乳)	第三者行為(交通事故・傷害事件など)による医療受診 でしたか?			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)					
	高校生等医療証 (青)					
	その他()	移送・輸血 年月日	年 月 日			
移送方法						
移送経路 (片道・往復)	自宅・()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	住所	医師・看護師 その他()			
	氏名	住所	医師・看護師 その他()			
要した費用		百	十	万	千	
		百	十	点	円	
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 (世帯主) 住所</p> <p>氏名 (世帯主)</p> <p>個人番号 <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>電話番号</p> <p>調布市長 宛</p>						
		移送費		<input type="checkbox"/> 移送・輸血を必要とする 意見書(医師が記入) <input type="checkbox"/> 領収書(移送区間、距離、 方法がわかるもの)		
		生血代		<input type="checkbox"/> 移送・輸血を必要とする 意見書(医師が記入) <input type="checkbox"/> 生血代の領収書		
届出者 氏名		届出者 電話番号		世帯主から みた続柄	受付日付印	
振込先	銀行名	支店名	口座番号			
			普通・当座			
	口座名義人(カタカナ)					
					受付者サイン	