

小平市国民健康保険 療養費・移送費支給申請書

太枠の中を記入してください↓

保険者番号			1	3	8	3	4	7	療養を受けた方	氏名								
公費負担者番号										生年月日	昭・平・令	年	月	日				
公費受給者番号										個人番号	※移送費の場合必須(12桁)							
公費	1. マル乳 2. マル子 3. マル親 4. マル障									性別	1. 男	2. 女	区分	1. 入院	2. 外来			
資格区分	一般 退職本人 退職扶養								給付割合	7割	8割	9割	日数	日				
記号・番号	3 4 - -								療養期間	令和 年 月 日から								
診療年月	令和 年 月 診療									令和 年 月 日まで								
種類	1. 一般診療・海外療養費(医科・歯科・調剤) 2. 補装具 3. 移送費 4. その他()																	
傷病名	1. レセプトのとおり(一般診療・海外療養費の場合) 2. 別紙診断書等のとおり(補装具・移送費・その他の場合)																	
発病・負傷の年月日	令和 年 月 日																	
発病・負傷の理由	1. 自然発生のため 2. 交通事故 3. 勤務又は通勤中																	
支給申請をした理由	1. 保険証を提示できなかった(理由:) 2. 不当利得(他の保険証を誤って使用した。) 3. 装具製作者保険契約なきため(補装具の場合) 4. 海外療養費(渡航理由:) 5. その他()																	
診療を受けた医療機関等の所在地																		
診療を受けた医療機関名																		
医師・薬剤師・施術者の氏名																		

小平市長殿
療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日

世帯主
住所 _____
氏名 _____
電話 _____
個人番号 _____ ※移送費の場合必須(12桁)

受付

收受印

※移送費請求の場合は以下の欄も記入してください

移送年月日	平成・令和 年 月 日														
移送経路															
移送方法															
移送付添人氏名									住所						

事務処理欄

振込先	銀行名・コード									支店名・コード						
	口座種別	普通 当座 貯蓄								口座番号						
	口座名義人	フリガナ 漢字														

療養に要した費用額									食事日数	日					
審査認定額※1									食事に要した費用						
薬剤一部負担金									食事標準負担額						
一部負担金															