

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	国保 太郎		
公費負担者番号			生年月日	昭・平・令 60年 10月 10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
資格区分	一般 退職本人 退職扶養		給付割合	⑦割	8割	9割
記号・番号	3 4 - 99 - 9999		療養期間	令和 4年 5月 3日から		
診療年月	令和 4年 5月診療			令和 4年 5月 5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 ④海外療養費(渡航理由: 旅行) 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 4年 5月 20日

世帯主

住所 小平市 ○○町 ○-○-○
氏名 国保 太郎
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	フリカ ^ナ				漢字				

療養に要した費用額					食事日数				
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									