

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							資格区分	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	⑦7割		8割	9割	日数	2	日
記号・番号	3	4	-	99	-	9999	療養期間	令和 4 年 5 月 13 日から								
診療年月	令和 4 年 5 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) ① 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) ① 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 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。) ① 3. 装具製作者保険契約なきため 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	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇															
診療を受けた医療機関名	〇〇〇〇															
医師・薬剤師・施術者の氏名	〇〇 〇〇															

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 〇〇町 〇-〇-〇

氏名 国保 太郎

電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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					
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																