

国民健康保険 療養費支給申請書

(移送費用)

太わくの中のみ記載して下さい

保険者番号	1 2 0 2 2 0	<small>(療養を受けた)</small>	被保険者名		
記号・番号	我	生年月日	3昭和 4平成	年	月 日
公費負担者番号		性別	1 男 2 女	日数	日
受給者番号		入外区分	0外来 1入院	食事日数	日
資格区分	0.一般 1.退職本人 2.退職扶養	給付割合	7割	8割	9割
高齢者・乳幼児	1.前期高齢者 2. 3歳未満児	療養期間	4平成	年	月 日 から
診療年月	4.平成 年 月診療		4平成	年	月 日 まで
療養の種類	1、一般診療 2、補装具 3、柔整 4、アンマ・マッサージ 5、鍼・灸 7、移送費 8、その他 調剤 (1、海外療養費)				
傷病名		疾病コード		受領委任 コ	ド
<small>(住所)</small> 診療を受けた医療機関 等の所在地及び名称 <small>(医療機関名称)</small>		機関コード			
申請の理由		疾病又は、 負傷の原因		長期	1 長期
診療・調剤又は、手当てに従事した医師、歯 科医師、薬剤師の名称				第二 法別	
療養に要した費用 (A)		支給額			
薬剤一部負担金 (B)		審査会認定 (A)			
患者負担金 (C)		審査会認定 (D)			
食事に要した費用 (D)					
食事標準負担額 (E)					
振 込 先	銀行名/コード		支店名/コード	支店	
	口座番号		預金種目	1、普通 2、当座 3、貯蓄 0、窓口払い	
	口座名義人	フリガナ			
備考					

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

平成 年 月 日

世帯主 住所 我孫子市

氏名

電話

宛て先 様