

一般	退本	退扶	負担割合				決定額				
							一部負担額				
			一般	未就学児	前期7割	前期8割	前期9割	支給額			
								公費負担	福	障	

支給申請書受理番号：

国民健康保険療養費支給申請書 (移送費)

被保険者記号番号	茅・	療養を受けた被保険者氏名	
----------	----	--------------	--

被保険者の個人番号		生年月日	年 月 日
-----------	--	------	-------

傷病名	
-----	--

発病又は負傷の原因	
-----------	--

発病負傷年月日	年 月 日	第三者行為の有無	有 ・ 無
---------	-------	----------	-------

移送方法		移送に要した費用の額	<table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <td>百万</td> <td>十万</td> <td>万</td> <td>千</td> <td>百</td> <td>十</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	百万	十万	万	千	百	十	円							
百万	十万	万	千	百	十	円											

移送経路	①	自宅・() 病院/医院 から
		() 病院/医院 まで
	②	自宅・() 病院/医院 から
		() 病院/医院 まで

移送年月日	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
-------	----------------------

付添人の氏名及び住所(いない場合は空欄)	氏名	住所
----------------------	----	----

上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。

(宛先) 茅野市長 年 月 日

申請者 住所

(世帯主) 氏名 電話 - -

個人番号

振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(マイナポータル等で登録した口座を利用される方)									
	※公金受取口座を利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。									
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する									
	金融機関	銀行					支店			
	信用金庫					支所				
	農業協同組合									
	信用組合									
	(右詰前0) 口座番号					口座種別	普通・当座・その他			
	口座名義人(カタカナ)									

(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)

上記名義人口座への振込を承諾します。 世帯主氏名 ㊞

処理	本人・番号確認	添付書類	入力	受付
	個番カ・通カ / 免・在カ・資・診 障害手帳・年金手帳・通帳・キャッシュカード その他 ()	<input type="checkbox"/> 移送を必要とする意見書 <input type="checkbox"/> 領収書(移送区間・距離・方法がわかるもの)		