

資格	公費	マル長
一般 退職 本人扶養	乳子障無	有・無

年 月分

決定日	係長	係員

審査決定点数	
療養の給付をした場合に要する額	
負担割合	未就2 一般3 前高2 前高3
一部負担金	
差引支給額	

**国民健康保険療養費支給申請書** **移送費**

被保険者証の記号番号	23 - -	移送を受けた被保険者氏名			
生年月日	年 月 日	世帯主との続柄			
傷病名		発病年月日	年 月 日		
移送方法	鉄道 飛行機 船 車( ) その他( )				
移送区間	( ) から ( )				
移送経路					
移送年月日	年 月 日	療養に要した費用			
移送先 保険医療機関		百万	拾万	万	千
付添い人	住所 氏名	百	十	円	

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します。なお、支給金額は私名義の下記口座に振り込んでください。

年 月 日

江戸川区長殿

〒 -

世帯主住所  
氏名  
電話番号 ( )

個人番号記入欄	申請者(世帯主)																			
	療養を受けた被保険者																			

受付印・担当者印	振込先 (世帯主名義のもの)	金融機関名 (コード)	銀行 支店 信用金庫 信用組合 ( )												
		口座番号	普通当座												
		口座名義(カタカナ)													

備考	主・配偶者・子・親代理人 他( )	身元確認	免、パ、個カ、住、在保、医、年、プレ、通知書、他( )											
		番号確認	個カ、通カ、シ、他( )											

太枠の中をご記入ください。