

# 国民健康保険 療養費 支給申請書 (移送費)

別府市長 あて

下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。

記号番号	べっふ				申請日	年 月 日				
療養を受けた被保険者 氏名 生年月日	個人番号			世帯主との続柄	所得区分	所得区分				
						上位1・上位2 一般1・一般2 非課税		一定以上・一般 低Ⅱ・低Ⅰ		
保種	1 一般 4 退職 (本人・扶養)	入外	入院 外来	傷病名	療養期間 ・補装具の必要 を認めた日	年 月 日から 年 月 日まで 日間				
1 本人入院		7 高齢者8割入院		1 一般診療(医科・歯科・調剤)		療養給付をうけることができなかった理由  病院等で支払った金額  円				
2 本人入院外		8 高齢者8割入院外		2 補装具						
3 未就学児入院		9 高齢者7割入院		4 あんま・マッサージ						
4 未就学児入院外		10 高齢者7割入院外		5 はり・きゆう						
5 家族入院				7 移送		10 生血				
6 家族入院外				8 その他(海外・眼鏡・弾性着衣等)						
診療、薬剤の支給、 又は手当てを受けた 病院、診療所、薬局 その他の者の名称		病院  薬局		日数	日	療養に要した費用		総医療額 (10割)		円
								支給額 ( 割)		円
								一部負担額 ( 割)		円
振込口座	銀行 金庫 組合 農協		支店	口座番号 ( 1 普通 2 当座 )				口座名義人(カタカナ)		
	コード			コード						
(申請人)		住所								
<input type="checkbox"/> 世帯主		氏名		Ⓜ						
<input type="checkbox"/> 相続人代表		電話		個人番号						

●相続人代表の申請の場合はこちらも記入してください。

被保険者の死亡年月日	死亡者との続柄	
------------	---------	--

この場合、相続人代表と死亡者の関係のわかる戸籍謄本等を添付してください。(同世帯は不要)

※特別な事情により世帯主または相続人代表以外の口座に振込みを依頼する場合はご記入ください。

委任状	上記により支給される金額の受領を次の者に委任します。						委任者氏名 (世帯主 または 相続人代表)	
	受任者	住所						印
	氏名		世帯主または相続人代表との関係( )					

番号法上の身元確認	有 ・ 無
-----------	-------