国民健康保険療養費支給申請書　（移送費）

（宛先）金沢市長　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日
療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

窓口に来られた方	住所			
	氏名		電話	
申請者（世帯主）	住所	金沢市		
	氏名		電話	
	個人番号			
対象者	氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日
	個人番号			

振込先	□　公金受取口座を利用します（ 利用する場合は口座情報の記入不要 ）			
	□　振込口座を指定します			
	銀行・信用金庫・農協	本店・支店・出張所	普通預金	口座番号
	口座名義人（カタカナで記入してください）			

被保険者の記号番号		傷病名	
療養期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間		
発病・負傷年月日	年　月　日　　不詳		
療養の給付を受けることができなかった理由	1　移送 2　その他	発病の原因 傷病の経過 療養内容	
		療養に要した費用	円
診療、薬剤の支給または手当を受けた病院、診療所、薬局、その他の者の名称および所在地			
備考			

受付	審査	件数	日数	決定点数	決定金額
					円

負担区分	給付区分	負担割合	資格取得日	医療費助成の有無	高齢者装具装着
一般・未就・高齢	一般・退本・退扶	7・8・9	S・H・R　年　月　日から S・H・R　年　月　日まで	有・無	入院中・外来
医療保険課	発議番号				

確認	番号	個人　通知　住民　端末	代理	法定　委任　本人	第三者	備考	担当印
	本人	個人　免許　旅券　手帳　在留（　　　）/ 保険　介護　年金（　　　）					