健康保険　療養費　支給申請書

1　2

被保険者（申請者）記入用

（同種腎移植・骨髄移植・臍帯血移植に係る医師の派遣及び運搬料）

被保険者（申請者）情報

被保険者等（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 平成
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　　ー　　）	○ 都 ○ 道 ○ 府 ○ 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先指定口座

金融機関名称	○ 銀行　○ 金庫　○ 信組 ○ 農協　○ 漁協 ○ その他（　　）		○ 本店　○ 支店 ○ 出張所 ○ 本所　○ 支所
預金種別	1．普通　3．別段 2．当座　4．通知	口座番号	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。）	口座名義の区分	1．申請者 2．代理人

「２」の場合は必ず記入・押印ください。（押印省略不可）

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　和暦　年　月　日 氏名・印　住所　□「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒　　ー　　）　TEL　（　　） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名・印	委任者と代理人との関係

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

（28.8）

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

健康保険　療養費　支給申請書

被保険者（申請者）・療養担当者記入用

（同種腎移植・骨髄移植・臍帯血移植に係る医師の派遣及び運搬料）

申請内容	
移植を受けた方	□ 被保険者・□ 被扶養者（氏名　　）
移植を受けた方の生年月日及びその続柄	和暦　　年　　月　　日　　続柄（　　）
傷病名	
発病または負傷の原因	
発病または負傷の年月日	和暦　　年　　月　　日
派遣・運搬の経路	
派遣・運搬の方法	
派遣・運搬年月日	和暦　　年　　月　　日
付添人の有無 及びその住所	□ 有　（氏名　　）・□ 無 〒　　-
派遣・運搬に要した費用の額	円
第三者行為によるときはその事実	
第三者の氏名 及びその住所	氏名 〒　　-

医師記入欄	
傷病名	
派遣・運搬を必要と認めた理由	
派遣・運搬経路	
派遣・運搬方法	
派遣・運搬年月日	

上記のとおり相違ありません。　　和暦　　年　　月　　日

医師の

住所　〒　　-

氏名