

国民健康保険移送費支給申請書兼決定書

(あて先) 京都市長

下記の申請について、 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給 を決定する。			
年	月	日	起案
年	月	日	決定
課長		係長	
		係員	

一般	10割
退職者等	10割

被保険者記号・番号	京	申請年月日	年	月	日
申請者(世帯主) 住所	氏名				
	電話				
移送費の支給について、下記及び裏面のとおり申請します。					
移送等の期間	移送された被保険者の氏名及び生年月日				
年 月 日～ 年 月 日 (日間)	昭・平・令 年 月 日生				
	個人番号 () ※記入は任意ですが、記入される場合は個人番号の証明書類の提示が必要です。				
傷病の原因	(1) どんな用事で何をしている時 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 通勤の行き帰り <input type="checkbox"/> 仕事中 (2) 本人の故意、違法行為、闘争、泥酔等の有無 <input type="checkbox"/> あり (内容) <input type="checkbox"/> なし (3) 第三者による加害行為の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
移送に要した費用	円 { 日時 : 区間 : 方法 :				
付添いに要した費用(交通費)	円 { 費用の内訳 : (根拠)				
希望振込先	銀行	本店	口座種別		1. 普通
	信用金庫	支店			2. 当座
	組合	出張所			3. 貯蓄
	(支店コード :)				
口座番号	口座名義		(フリガナ)		
※世帯主以外の方の口座への振込を希望する場合 本申請に基づく療養費の受領に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日 世帯主 氏名 代理人 住所 氏名					

- (注1) 太線の中のみ記入してください。「傷病の原因」欄及び「付添いに要した費用」欄は、当てはまるものを選んでください。
 (注2) 裏面又はそれに準じた別紙に病院等で意見書を書いてもらい、領収書と合わせて提出してください。移送回数が複数である場合は、申請書と意見書は、それぞれに必要です。
 (注3) 災害その他の政令で定める特別の事情がないのに保険料を滞納しているときは、給付の全部又は一部の支払を一時差し止めることがあります(国民健康保険法第63条の2、国民健康保険法施行令第1条の2)。
 なお、保険料が完納され、又は区長が適当と認めるときは、差し止めを解除します。
 (注4) 移送費は、①移送の目的である療養が保険療養として適切であること②患者が、療養の原因である傷病により移動できないこと③緊急その他やむを得ないこと④移送先の選定理由が合理的であること⑤のいずれにも該当すると市長が認めた場合に支給します。
 (注5) 移送費の額は、患者の状態に応じて必要な医療を行える最寄りの医療機関まで最も経済的な経路で最も経済的な交通機関の運賃を算定します。したがって、医学的必要性があっても、個人的都合(親類の近くがいい等)で遠隔地の医療機関まで移送した場合は、必要な医療を行える最寄りの医療機関までの距離で減額算定します。
 (注6) 医師等の付添人については、医師が医学的管理の必要があると判断した場合に限り、原則として1人分の交通費を算定します。

審査欄	<input type="checkbox"/> 支給	(移送)	(付添い)	
	<input type="checkbox"/> 一部支給	(円+	円) = 円
	<input type="checkbox"/> 不支給	理由		

個人番号検査書類有	受付簿	納付状況	経費支出決定	一時差し止め	支出命令	滞納保険料額控除	給付記録	備考
-----------	-----	------	--------	--------	------	----------	------	----