

国民健康保険療養費（移植関連）支給申請書

No.

記入例

申請内容審査

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

(あて先) 京都市長

|                                             |                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                          |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 被保険者<br>記号・番号                               | 京 1 2 3 4 5 6 - 7 8 9 0                                                                                                                                                                                  | 申請年月日                                                       | 令和 8 年 5 月 1 日           |
| 申請者<br>(世帯主)                                | 住所 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町 4 8 8<br>氏名 京都 太郎                                                                                                                                                                 | 電話                                                          | 0 7 5 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇       |
| 下記のとおり搬送費に要した費用等の支給について、裏面及び別紙の書類を添えて申請します。 |                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                          |
| 搬送及び医師派遣の期間<br>R8 年 4 月 1 日 R8~ 4 年 1 月 1 日 |                                                                                                                                                                                                          | 移植を受けた被保険者の氏名及び生年月日<br>京都 太郎<br>個人番号 ( 昭・平・令 元 年 4 月 1 日生 ) |                          |
| 搬送等の内容                                      | <input type="checkbox"/> 同種腎移植の際の腎の搬送 <input type="checkbox"/> 同種腎移植の際の医師派遣<br><input type="checkbox"/> 同種骨髄移植の際の骨髄の搬送 <input type="checkbox"/> 同種骨髄移植の際の医師派遣<br><input type="checkbox"/> 臍帯血移植の際の臍帯血の搬送 |                                                             |                          |
| 搬送に要した費用                                    | 1 0 0 , 0 0 0 円 { 日時: 令和 7 年 4 月 1 日 ~ 2 日<br>区間: 〇〇 ~ 〇〇 間<br>方法: 車                                                                                                                                     |                                                             |                          |
| 医師派遣に要した費用<br>(交通費)                         | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 費用の内訳 (根拠)                                                                                                                                       |                                                             |                          |
| 希望振込先                                       | 銀行 京都 信用金庫 組合<br>[金融機関コード 0158]                                                                                                                                                                          | 本店 京都 支店 出張所<br>[支店コード: ***]                                | 口座種別 1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄   |
| 口座番号                                        | 1 2 3 4 5 6 7                                                                                                                                                                                            | 口座名義                                                        | (フリガナ) キョウト タロウ<br>京都 太郎 |
| ※ 世帯主以外の方の<br>口座への振込を希望<br>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。<br>年 月 日 世帯主 氏名<br>代理人 住所<br>氏名                                                                                                                                           |                                                             |                          |

(注1) 太線の中のみ記入してください。  
(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、領収書の写しと合わせて提出してください。  
(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たときは、差し止めを解除します。  
(注4) 一時差し止に係る給付の額から滞納している保険料を控除することがあります (国民健康保険法第 63 条の 2)。

|               |                               |              |               |        |      |          |      |    |
|---------------|-------------------------------|--------------|---------------|--------|------|----------|------|----|
| 確<br>認<br>欄   | <input type="checkbox"/> 支給   | 点数制でないもの     | ( 円 + 円 ) = 円 |        |      |          |      |    |
|               | <input type="checkbox"/> 一部支給 |              |               |        |      |          |      |    |
|               | <input type="checkbox"/> 不支給  | 理由 (搬送) (派遣) |               |        |      |          |      |    |
| 個人番号<br>挙証資料有 | 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 |