

係 員	給 付 割 合				決 定 額						
	一般7割		未就学児8割		一部負担金						
	高 齢	8	8Ⅱ	9		9Ⅱ					
		現Ⅲ	現Ⅱ	現Ⅰ	支 給 額						

療 養 費 支 給 申 請 書〔臍帯血移送費〕

被保険者		記号	84-				番号						
受けた方 移植を した方	氏 名							生年月日	年 月 日			組合員と の続柄	
	個人番号(※)												
医 師 等 の 記 入 欄	傷 病 名							発病・負傷 年月日	年 月 日				
	医療機関での 入退院年月日	入 院 : 年 月 日						退 院 : 年 月 日					
	移送先保険 医療機関	所在地 :											
		名 称 :											
		移送年月日 : 年 月 日											
	移送区分	病院・診療所から											
		病院・診療所まで											
	移送方法												
費用額	円												
別紙意見欄のとおり臍帯血の移送の必要を認めます。 年 月 日 医療機関 所在地 及び 名 称 医 師 電 話 氏 名													

○ 組合員名義の口座をご指定ください。

振 込 先	金融機関名	銀 行 信用金庫 ()										本店 支店	
	預金種目	1. 普通		2. 当座		口座番号							
	フリガナ												
	名 義 人												

上記のとおり申請します。

年 月 日

組 合 員	住 所 (自宅)	〒												
	氏 名							電話番号 (自宅・携帯)						
	個人番号(※)													

(※) 個人番号を記載の場合は、組合員の番号確認及び身元確認書類の添付が必要です。

臍帯血の移送を必要とする意見欄(医師又は歯科医師記入欄)

診断年月日

年

月

日

《臍帯血の移送を必要とする理由》

《症狀詳記欄》

記入医師名

東京都弁護士国民健康保険組合

【注意事項】

《臍帯血の移送を必要とする理由》及び《症状詳記欄》については、できるだけ詳しく記入してください。