

国民健康保険移送費支給申請書

年 月 日

関市長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 (世帯主) 氏 名 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_  
 (電話番号 \_\_\_\_\_ )

次の移送費を指定口座に振り込まれるよう申請します。

被保険者記号・番号		個人番号													
氏名		生年月日 年 月 日	世帯主との続柄 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女												
移送に要した費用(領収書添付) 円		付添人の住所・氏名													
振込先	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・出張所 支店	預金 種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座												
口座番号		(フリガナ) 口座名義人													
意 見 書(医師の意見)															
傷病原因 <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	傷病名	発病(負傷)日 年 月 日													
移送(及び付添い)を必要と認めた理由															
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>移 送 経 路</th> <th>移 送 方 法</th> <th>移 送 年 月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 日</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">(作成日) 年 月 日</p> <p>上記の理由により移送の必要を認めます。                  診断日 年 月 日                  医療機関名                  所在地                  医師名</p>				移 送 経 路	移 送 方 法	移 送 年 月 日			年 月 日			年 月 日			年 月 日
移 送 経 路	移 送 方 法	移 送 年 月 日													
		年 月 日													
		年 月 日													
		年 月 日													

費 用 額	給 付 割 合	支 払 額	照 合
円	割	円	

受 付 者	受 付 印
滞 納	
有 ・ 無	