別記様式第４号（第１２条関係）

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 | | | |
| 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 | □ 普 通  □ 当 座 | | |
| 口座番号 | | | (フリガナ)  口座名義人 | | | | | | | |
| □公金受取口座を利用します。 | | | | | | | | | | |
| 意見書(医師の意見) | | | | | | | | | | |
| 傷病原因　□一般疾病  　　　　　□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 | | | | | | | | | | |
|  | 移　　送　　経　　路 | | | 移送方法 | | 移送年月日 | | |  | |
|  | | |  | | 年　　月　　日 | | |
|  | | |  | | 年　　月　　日 | | |
|  | | |  | | 年　　月　　日 | | |
| (作成日)　　　　年　　月　　日  　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 | | | | | | | | | |  |

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