

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 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号		(フリガナ) 口座名義人	
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。			
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			
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	