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 |
| 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 |