

国民健康保険移送費用支給申請書

被保険者証の記号番号	み山	療養を受けた被保険者氏名		世帯主との続柄	
		生年月日	S・H・R 年 月 日		
		個人番号			

傷病名及び理由	1. 第三者行為 2. その他
---------	-----------------

発病・負傷年月日	
----------	--

	移送方法・回数		移送年月日
--	---------	--	-------

	移送区間		移送に要した費用
--	------	--	----------

	移送を必要と認める理由（具体的に記入して下さい）		
医師の意見			

	医療機関	名称	
		所在地	

	年 月 日		保険医療機関名 保険医名 （署名の場合は押印省略可）
			印

振込口座	フリガナ 名義人	普通 当座 貯蓄	口座番号	
		銀行・信金 農協・信組		支店 支所

上記のとおり移送に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

住所 山元町

受給者 電話番号

氏名

個人番号

山元町長 殿

保険者使用欄					収受印
決裁欄	課長	参事	班長	班員	