

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証の 記号番号	-	保険の区分	一般 ・ 退職			
移送を受けた者の 氏名		移送を受けた者の 生年月日	年	月	日	
移送を受けた者の 個人番号				世帯主と の続柄		
移送に要した費用 (支給申請額)		円				
医師又は 歯科医師の 意見書 ※療養担当主治医が記入してください。	傷病名		発病負傷 年 月 日	年	月 日	
	傷病原因					
	移送を必要と 認められた理由					
	移送年月日	年	月	日		
	移送経路 および方法					
	付添人を必要と 認められた理由					
	付添人	住所		氏名		
		住所		氏名		
	上記の理由で移送の必要を認めます。 年 月 日 所在地 医師または歯科医師 医療機関名 主治医氏名 ㊟					
	振込先	銀行	本店	口座 番号	普通・当座	フリガナ
金庫		支店			口座名義	
農協	支所					
上記の通り移送費の支給を受けたいので、関係資料を添えて申請します。 年 月 日 住所 申請者(世帯主) 個人番号 氏名 電話番号						
羽咋市長 殿						