

国民健康保険移送費支給申請書

被 保 険 者 証 記 号 番 号			
移 送 を 受 け た	氏 名		
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年 月 日
	被 保 険 者	個人番号	
世 帯 主 と の 続 柄			
移送に要した費用の額			
傷 病 名	※	原 因	※
発病又は負傷 年月日		※ 年 月 日	
※医師 又は 歯科医師 の 意 見 書	移 送 を 必 要 と 認 め た 理 由		
	移 送 経 路		から まで
	移 送 方 法		
	移 送 年 月 日		令和 年 月 日
	付 添 人 を 必 要 と 認 め た 理 由		
	付添人	住 所	
		氏 名	
上記の理由で移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 所 在 地 医師 又は 歯科医師 医 療 機 関 名 氏 名 ⑩			
上記のとおり移送費の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 住 所 焼津市 世帯主 氏 名 ⑩ 個 人 番 号 (あて先) 焼津市長			

(注) ※印欄は療養担当主治医が記入すること。