

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	男・女	
	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	※	令和	年 月 日
※医師 又は 歯科医師 の 意見書	移送を必要と認められた理由		
	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られた理由		
	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			
Ⓜ			
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			
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。