

国民健康保険移送費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 焼津市長

|                                             |                       |                       |              |                          |
|---------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|--------------------------|
| 申請者 住所                                      |                       |                       |              |                          |
| (世帯主) 氏名 <span style="float:right">印</span> |                       |                       |              |                          |
| 個人番号(マイナンバー)                                |                       |                       |              |                          |
| 電話                                          |                       |                       |              |                          |
| <input type="checkbox"/> 代理人 氏名・電話          |                       |                       |              |                          |
| <input type="checkbox"/> 使用者                |                       |                       |              |                          |
| 下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。          |                       |                       |              |                          |
| 被保険者記号・番号                                   |                       | 移送を受けた被保険者氏名(世帯主との続柄) |              | 個人番号                     |
|                                             |                       | ( )                   |              | 生年月日                     |
|                                             |                       |                       |              | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日     |
| 傷病名                                         |                       | ※原因                   |              |                          |
| ※                                           |                       | ※                     |              |                          |
| 発病又は負傷日                                     |                       | 年 月 日                 |              | 移送に要した費用 円               |
| ※医師<br>又は<br>歯科医師<br>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        | 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 <span style="float:right">印</span>      |                       |                       |              |                          |
| 振込先                                         | 銀行名                   |                       | 支店名          | (フリガナ)<br>口座名義人          |
|                                             | 銀行 ・ 農協 ・ 信用金庫 ・ 労働金庫 |                       | 本店<br><br>支店 | 普通<br><br>当座<br><br>口座番号 |

(注)※印欄は療養担当主治医が記入すること。