

# 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

個人番号(マイナンバー)

電話

代理人 氏名・電話  
使者 氏名・電話

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 平成 令和 年 月 日
傷病名	※		原因	※
発病又は負傷年月日	※ 年 月 日		移送に要した 費 用	円
※ 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	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			
振込先	銀行名		支店名	(フリガナ) 口座名義人
			本店	
	銀行・農協・信用金庫・労働金庫		支店	当座
□公金受取口座を利用する(ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります)				

(注)※印欄は療養担当主治医が記入すること。