

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				
<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
		()		昭和 平成 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 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 印				
振込先	銀行名		支店名	(フリガナ) 口座名義人
	銀行・農協・信用金庫・労働金庫		本店	普通 当座
			支店	
□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。