

国民健康保険移送費支給申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号										
移送を受けた 被 保 険 者	氏 名									
	個人番号									
	生年月日	年			月			日		
付 添 人	氏 名									
	住 所									
傷 病 名 及 び そ の 原 因						発病又は負 傷 年 月 日	年 月 日			
移 送 方 法						移 送 経 路				
移送年月日	年 月 日									
移送に要した 費 用 の 額										
医師又は歯科 医師の意見欄	移 送 を 必 要 と 認 め た 理 由 (付添いがあったときは、併せてそ の付添いを必要と認めた理由)									
	上記のとおり認めます。(診療年月日) 年 月 日									
	所在地 保険医療機関等の 名 称 医師名 (歯科医師名)									
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・農協 ・その他()					本店・支店・出張所 ・その他()			
	預金別	普通 ・ 当座			口座番号					
	口座名義	カタカナ								
		漢字								
国民健康保険法施行規則第27条の11第1項の規定により上記のとおり移送に要した費用の額に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 (あて先) 羽 島 市 長 世帯主 郵便番号 住 所 氏 名 個人番号 電 話 () —										
移送費支給決定額	※ 円					備考				

(注) 1 移送に要した費用の領収書を必ず添付してください。
2 医師又は歯科医師の証明を必ず受けてください。
3 ※欄は記入しないでください。