第4号様式の2(第6条関係)

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者記号・番号	88888-01			
移送を受けた被保険者	氏名	羽島　太郎		
	個人番号	８８８８８８８８８８８８		
	生年月日	昭和３０年　１月　１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				
移送年月日	年			
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 保険医療機関等の　所在地 名称 医師名　(歯科医師名)			

「移送を必要と認めた理由」は、担当した医師又は歯科医師が記入してください。

振込先	金融機関名称	羽島　[銀行]・金庫・農協・その他(　　)		羽島　本店・[支店]・出張所・その他(　　)							
	預金別	[普通]・当座	口座番号	1	1	1	1	1	1	1	
	口座名義	カタカナ	ハシマ　タロウ								
		漢字	羽島　太郎								

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。

令和６年　４月　１日

(あて先)
羽　島　市　長

世帯主　郵便番号　５０１－６２９２
住　所　羽島市竹鼻町55番地
氏　名　羽島　太郎
個人番号　８８８８８８８８８８８８
電　話　(０５８)３９２―１１１１

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。