

国民健康保険移送費支給申請書

年 月 日

(あて先) 横須賀市長

住所 横須賀市 町 丁目 番(地) 号

世帯主
(申請者) 氏 名

個人番号

次のとおり移送費の支給を申請します。 電話 ()

被保険者記号番号	0 3 - -	傷 病 名	
患 者 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日生		
個 人 番 号			
移 送 年 月 日	年 月 日		
移送前の所在地 (医療機関等)	都道府県 市区郡 町村		
移 送 先 の 医 療 機 関 等	都道府県 市区郡 町村		
移 送 を 必 要 と す る 理 由			
移送にかかった 費 用 額		円	

支 給 方 法 欄	振 込 口 座	フリガナ		銀行・農協										支 店
		口座名義人 (申請者)		信用金庫										
			店 番 号					普 通 当 座						

※[口座名義人が申請者でない場合の委任欄]
この申請に関わる金銭の受領を上記の者（口座名義人）に委任します。
申請者（世帯主）

(注) この申請には、「移送を必要とする意見書」（医師が記入）を添付してください。

【ここから下の欄には記入しないでください】

☐ 支給 ☐ 不支給			
支 給 決 定 額		担 当 者	受 付 者
円			

受付印