

# 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 ( )

被保険者証の記号番号	0 3 - - -	制度区分	一般国保
患者氏名		男・女	傷病名
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
			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】

<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給			
支給決定額		担当者	受付者
	円		

受付印