

### 国民健康保険移送費支給申請書

被 記	保 号	險 番	者 証	号	み加				
移 送 を 受 け た 被 保 険 者	氏 名				性 別				
	生 年 月 日		年 月 日		世帯主との続柄				
	個 人 番 号								
世帯主 (組合員)	氏 名								
	生 年 月 日								
移送年月日									
移送に要した費用の額									
移送経路									
付 添 い を 要 し た 場 合 の 付 添 人	住 所								
	氏 名								
移送方法									
医 師 の 意 見 欄	傷病名								
	傷病の原因								
	発病又は負傷の年月日								
	移送を必要と認めた理由 (付添いの必要理由を含む。)								
	意見のとおり、移送の必要を認めます。						年 月 日		
		医療機関		所在地					
				名 称					
				医師の氏名				印	
振込金融機関 (世帯主名義)				銀行 信金 農協 信組		支店名		本店 支店	
種 別	口 座 番 号				フリガナ				
普・当・その他					口座名義人				

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

加美町長 殿

(世帯主) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

(電話 \_\_\_\_\_ )