

国民健康保険移送費支給申請書

年 月 日

寒河江市長 様

世帯主 住 所 寒河江市

氏 名

個人番号

電話番号

被保険者記号・番号				一般・高齢2割・高齢3割・未就学児	
被保険者	氏 名			個人番号	
	世帯主との続柄			生年月日	年 月 日
傷 病 名			発病又は負傷 年 月 日	年 月 日	
発病又は負傷の原因					
療養を受けた保健医療機関名及び所在地	名 称 所在地				
移 送 経 路	から	まで	移送距離	km	
移 送 年 月 日	年	月	日	移 送 先	病院
移送方法及び回数					
医師が必要と判断した付添人	住 所 氏 名				
移送に要した費用額	円				
振込口座等	金 融 機 関 名	・銀行・信用組合 ・農協・労働金庫 ・信用金庫 ・本店 ・支店 ・支所			
	口 座 番 号 (右詰で記入)				口座の種 類 普通
	フ リ ガ ナ				
	口 座 名 義 人				
※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を委任します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 代理人 住 所 氏 名					

(注) 次の書類を添付すること。

- 1 医師又は歯科医師の意見書
- 2 移送に要した費用の領収書