

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