

担当者	課員	係長	主幹	課長

システム入力	年	月	日
起票日	年	月	日
支払予定日	年	月	日

国民健康保険 《移送費》 支給申請兼請求書

保険証 記号番号	—	移送をうけた 被保険者名	年 月 日生(歳)	世帯主 との 続柄
	一般・退職			
個人番号				
移送前の医療機関(自宅を含む)		移送先の医療機関		
名称		名称		
所在地		所在地		
入院日	令和 年 月 日	入院日	令和 年 月 日	
転院日	令和 年 月 日	移送費用額	円	
付添人氏名 及び住所				
移送方法 移送経路	(km)			
添付書類	<input type="checkbox"/> 移送を必要とする意見書 <input type="checkbox"/> 領収書			
備考	<ul style="list-style-type: none"> 申請にあたっては移送を認めた理由、付添人を必要とした理由、移送経路、移送方法及び移送年月日についての意見書を添付してください。 移送に要した額に関する領収書を添付してください。 付添人氏名及び住所については、医師又は歯科医師が前記の意見書により付添人の必要を認めた際に記入してください。 			
上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請並びに請求します。				
令和 年 月 日				
世帯主 住所 綾町大字 番地				
氏名 ④				
綾町長 様 個人番号				
電話番号 - -				

