

国民健康保険移送費支給申請書

(一 般 ・ 退 職)

記入例

国民健康保険被保険者証の記号番号	0	1	2	3	4	5	6	7	移送を受けた被保険者の氏名、性別、生年月日	住所	神石郡神石高原町小島2025番地		
	氏名		神石 太郎		性別	男・女		個人番号		000000000000			
	生年月日		昭和・平成		年	月	日	世帯主との続柄		本人			
	傷病及び原因				発病及び負傷年月日		平成			〇〇	年	〇〇	月
移送経路及び移送方法				移送年月日		平成		〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日
付き添いがあった場合		付添人氏名		付添人住所									
移送に要した費用の額		金		円									

摘 要	支給決定の場合の振込先金融機関													
	金融機関名	神石高原			農協・銀行 信用組合・信用金庫			神石高原			支所・支店			
	口座種類	普 通			口座番号			9	8	7	6	5	4	3
	フリガナ			ジンセキ タロウ			口座名義(必ず世帯主名)						神石 太郎	

上記のとおり申請します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

世帯主住所 広島県神石郡神石高原町小島2025番地

氏名 神石 太郎

個人番号 000000000000

神石高原町長様

必ず押印お願いします。

(注) 次に掲げる事項を掲載した医師又は歯科医師の意見書(当該医師又は歯科医師の記名押印のあるもの。)及び移送に要した費用の額を証する書類を添付してください。

- 1 移送を必要と認めた理由(付き添いがあったときは、併せてその付き添いを必要と認めた理由)
- 2 移送経路、移送方法及び移送年月日
- 3 診断年月日

支給決定について

支給可否	承認	支給承認額	円	支給(不支給)決定通知への公印の押印承認
	不承認	不承認理由		
支給決定年月日	平成	年	月	日

本 庁	町 長	副町長	課 長	課長補佐	係 長	係 員	担当者	本庁受付欄
	摘 要							
支 所	支所長	課 長	課長補佐	係 長	係 員	担当者	支所受付欄	
	摘 要(受付処理の状況)							

国民健康保険 請求書

記入例

請求金額 金 _____ 円

但し、国民健康保険給付金として、上記金額を請求します。

内訳
該当○印

- | | |
|----------|------------------|
| ①出産育児一時金 | ⑤移送費 |
| ②高額療養費 | ⑥食事療養標準負担額減額差額支給 |
| ③療養費 | ⑦国民健康保険税還付金 |
| ④特別療養費 | ⑧その他「 _____ 」 |

請求者住所 **神石高原町小畠2025番地**

(世帯主)

氏名 **神石太郎**

必ず押印をお願いします。

印

神石高原町長様

希望振込先 口座番号

必ず申請者（世帯主）名義の金融機関口座をご記入ください。

※次の欄に振込口座名をご記入ください。

金融機関名

神石高原

銀行
農協
信組
信金

支店・支所名

神石高原

支所
支店

口座番号

9 8 7 6 5 4 3

口座名義（世帯主名）

カナ **ジンセキ タロウ**

神石太郎