

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		平成 〇〇年〇〇月〇〇日							世帯主との続柄		本人									
	傷病名及び原因									発病及び負傷年月日		平成〇〇年〇〇月〇〇日									
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
	不承認	不承認理由	
支給決定年月日	年 月 日		

支給(不支給)決定通知への公印の押印承認	
----------------------	--

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)							