

国民健康保険移送費支給申請書

(一 般 ・ 退 職)

国民健康保険被保険者証の記号番号		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				
			氏名	性別	男・女		
			個人番号				
			生年月日	昭和・平成	年	月	日
傷病名及び原因			発病及び負傷年月日	平成	年	月	日
移送経路及び移送方法			移送年月日	平成	年	月	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	農協・銀行 信用組合・信用金庫			支所・支店		
	口座種類	普 通	口座番号				
	フリガナ						
口座名義(必ず世帯主名)							
上記のとおり申請します。							
平成 年 月 日							
世帯主住所 広島県神石郡神石高原町							
氏名							
(印)							
神石高原町長様 個人番号							

(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

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 (世帯主) 氏名 ㊟

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	支店・支所名	口座番号	口座名義（世帯主名）				
<table border="1"><tr><td>銀行 農協 信組 信金</td></tr></table>	銀行 農協 信組 信金	<table border="1"><tr><td>支所 支店</td></tr></table>	支所 支店	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<table border="1"><tr><td>カナ</td></tr></table>	カナ
銀行 農協 信組 信金							
支所 支店							
カナ							