

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 ⑩ 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)							