

国民健康保険移送費支給申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 岐阜市長

申請者 住所 岐阜市 司町40-1
 (世帯主) 氏名 岐阜 太郎 (印)
 個人番号 (〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇)
 (電話 265-4141)

自署の場合は
押印省略可

下記移送費を指定口座に振り込まれるよう申請します。

記号番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	区分 <input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者	宛名番号 個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
氏名 岐阜 花子	生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日生	続柄 妻 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
移送に要した費用(領収書添付) 円	付添人の住所・氏名	
振込先 〇〇 銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店 出張所 〇〇	預金 種目 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号 1234567	(フリガナ) 口座名義人 ギフ ハナコ 岐阜 花子	
意見書 (医師の意見)		
傷病 名	発病 (負傷) 日 年 月 日	
移送 理由	認められた理由	
移 路	移 送 方 法	移 送 年 月 日 年 月 日 年 月 日
(作成日) 年 月 日		
上記のとおり移送の必要を認めます。 診断日 年 月 日 医療機関名 所在地 医師名		

医師に記入して
もらってください。
医師から別紙で
意見書もらった
場合は記入不要です。

費 用 額	給 付 割 合	支 払 額	照 合
円	割	円	

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。