

国民健康保険移送費支給申請書

年 月 日

(あて先) 岐阜市長

申請者 住 所 岐阜市 _____
 (世帯主) 氏 名 _____ ⑩
 個人番号 (_____)
 (電話 ー _____)

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	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													
氏名	生年月日 年 月 日生	続柄	<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 銀行・信用金庫 農協・信用組合	店 出張所	預金 種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座												
口座番号	(フリガナ) 口座名義人														
意 見 書 (医師の意見)															
傷病原因 <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	傷病名	発病(負傷)日 年 月 日													
移送(及び付添い)を必要と認めた理由															
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>移 送 経 路</th> <th>移 送 方 法</th> <th>移 送 年 月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>				移 送 経 路	移 送 方 法	移 送 年 月 日			年 月 日			年 月 日			年 月 日
移 送 経 路	移 送 方 法	移 送 年 月 日													
		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															

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。