

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証 の記号・番号 (枝番)		()			
移送を受けた 被保険者の氏名・ 生年月日		氏名 年 月 日生		個人番号	
傷病名及び原因				移送に要 した費用の額	
発病又は負傷年月日		年 月 日			
医 師 ・ 歯 科 医 師 の 意 見	移送方法		移送年月日	年 月 日	
	移送経路	～ ～			
	移送を必要と認めた理由（付添いがあったときは、併せてその付添いを必要と認めた理由）				
	医療機関	名 称			
	所 在 地				
	年 月 日		医 師 名		
<p>上記のとおり申請します。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住 所 氏 名 個人番号 電話番号</p> <p>三春町長 様</p>					

受領方法及び 金融機関名	・現金払	・口座振替払	
	銀行・信用金庫・信用組合 農業協同組合・協同組合		支店・支所・出張所 (普通・当座)
	(口座名義人 [カナ]	[]
	(口座番号)	