

(表)

本件を承認する 年 月 日						起 案
下記のとおり支給してよろしいか。						
移 送 に 要 し た 費 用	円	審 査 決 定 費 用 額	円	決 定 金 額	円	

## 国民健康保険 移送費 支給申請書

記 号 番 号			
移送を受けた被保険者	氏 名		世帯主との続柄
	生 年 月 日	年 月 日	個 人 番 号
傷 病 名		発 病 又 は 負傷年月日	年 月 日
傷 病 等 の 原 因			
移 送 経 路			
移 送 方 法			
移 送 年 月 日 年 月 日			
付添いがあったときは付添人の 移 送 に 要 し た 費 用 額	氏 名		
	住 所		

年 月 日

上記のとおり領収書等の関係書類を添えて申請いたします。

(あて先) 高浜市長

申 請 者 住 所 高浜市 町 丁目 番地  
(世帯主) 個人番号  
氏 名  
電 話 ( ) -

国民健康保険移送費については、次の口座に振り込んでください。

振込先	指 定 金 融 機 関 名	店 名	預 金 の 種 類	口 座 番 号	(フリガナ) 口 座 名 義 人
	銀行 金庫 組合	店	普 通 當 座		

(裏)  
意見書

移送を必要と認めた理由	
付添いがあったときは、その付添いを必要と認めた理由	
移送経路	
移送方法	
移送年月日	年 月 日
<p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>医師又は歯科医師</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____ 印</p>	