

(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	氏 名			
	住 所			
移 送 に 要 した 費 用 額	円			

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

住 所 高浜市 町 丁目 番地
申 請 者 (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 当 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 style="text-align: right;">医師又は歯科医師</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ 印</p>	