

決 裁	課 長	係 長	係 員

国民健康保険 移送費支給申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		山 1 0			
移 送 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名				生 年 月 日	年 月 日
個 人 番 号 (マイナンバー)				性 別	男 女
傷 病 名		発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日		年 月 日	
発 病 の 原 因					
移 送 経 路					
移 送 方 法				移 送 年 月 日	年 月 日
※付き添いのあった場合（付添人は医師や看護師のことで、家族が付き添っても付添人とはなりません。）					
付 添 人 氏 名		付 添 人 住 所			
移 送 に 要 し た 費 用		円		交 通 事 故 等 の 第 三 者 行 為	あ り な し
振 込 口 座	銀 行	支 店	普 通	口 座 番 号	
	農 協	支 所	当 座	フリガナ	
	信 金	出張所		口 座 名 義 人	
<p>(あて先)光市長 上記のとおり移送に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 (世帯主) 氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">個人番号 (マイナンバー) _____</p> <p style="text-align: right;">(電話番号 _____ - _____)</p>					

- (添付書類) 1 移送に要した費用の額を証する書類 (領収書)
- 2 医師又は歯科医師の意見書(当該医師又は歯科医師の記名押印のあるもの)で以下の記載のあるもの
- ア 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)
- イ 移送経路, 移送方法及び移送年月日
- ウ 診断年月日

市処理欄 (※以下は記入しないでください)

算定根拠	支給決定額
------	-------

担当確認欄

年齢 区分	<input type="checkbox"/> 70歳未満 <input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 未就学児	前期 高齢者	<input type="checkbox"/> 65-69歳 <input type="checkbox"/> 70歳一般 <input type="checkbox"/> 70歳現役	福祉 医療	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 乳幼児
----------	---	-----------	---	----------	--