

様式第 1 1 (第 1 1 条関係)

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証記号番号							
移 送 受 け 被 保 者	氏名					生年月日	年 月 日
	個人番号					性別	男 ・ 女
	世帯主との続柄					備考	
傷病名 及び原因	1・業務通勤中の事故 2・第三者の行為による事故・病気 3・その他		発病又は負傷の年月日		年 月 日		
移送経路			移送年月日		年 月 日		
移送方法			移送に要した費用の額		円		
付 添 い が あ つ た と き の 付 添 人	住所						
	氏名						
医師又は歯科医師の意見欄 (別紙可)	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)						
	診断年月日		年 月 日		住所 氏名		
					印		
振込先金融機関	種別	口座番号	口座名義人				
銀行 信用金庫 農協	普通 ・ 当座		フリガナ				
上記のとおり申請します。							
年 月 日							
世帯主 住所							
氏名							
個人番号							
電話番号							
扶桑町長様							