伊達市国民健康保険　移送費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療養を受けた者 | 被保険者証の記号・番号 | 島93 |  |  |  |  |  | 氏　名 |  |
| 生年月日 | 昭和平成　 　年 　月 　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 傷病名及び原因 |  |
| 発病または負傷年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 医師・歯科医師の意見 | 移送方法 |  |
| 移送経路 |  |
| 移送を認めた理由（付添いがあった時は、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 |  |
| 平成　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込指定金融機関 | 金融機関名 |  | 銀行 | 労金 | 支店名 |  | 本店 |
| 信金 | 信組 | 支店 |
| 農協 |  | 支所 |
| 普通 |  |  |  |  |  |  |  |  | （フリガナ）口座名義人 | （　　　　　　　　　　　　） |
| ※　振込指定金融機関は、世帯主のものとすること。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　移送費の支給について上記のとおり申請します。　平成　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒住　　所世帯主　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印　　　電話番号　　　　　　－　　　　　－　伊達市長　　　　　　　　　　　　　個人番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| 受付担当者記入欄 |
| 窓口受付担当者印 |  | 窓口に来られた方 | 確 認 書 類 |
|  世帯主・同一世帯員 それ以外の方（要委任状） | 　免許証・パスポート・個人番号カード・保険証　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |