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 | | (枝番) | 氏　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年 　月 　日 | | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 傷病名及び原因 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病または  負傷年月日 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※死亡者の個人番号の記載は不要であり、記載がなくても有効な申請となります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒  住　　所  世帯主　氏　　名  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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |