

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（ ）