

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 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。

振込口座	<input type="checkbox"/> 公金振込口座を利用する（口座情報の記入不要）						
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する						
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
	普通			農 協			支所
				(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。

移送費の支給について上記のとおり申請します。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 〒 住 所 世帯主 氏 名 電話番号 — — 個人番号 </div> <div style="margin-top: 10px;"> 伊達市長 </div>							
--	--	--	--	--	--	--	--

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）		マイナンバーカード・免許証 その他（)