

国民健康保険移送費支給申請書

年 月 日

(あて先) 萩市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 (世帯主) 氏 名 \_\_\_\_\_  
 個人番号 ( \_\_\_\_\_ )  
 (電話 \_\_\_\_\_ )

下記移送費を指定口座に振り込まれるよう申請します。

記号番号	区分 <input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者	宛番号 個人番号
氏名	生年月日 年 月 日生	続柄 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
移送に要した費用(領収書添付) 円	付添人の住所・氏名	
振込先 銀行・信用金庫 農協・信用組合	店 出張所	預金 種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号	(フリガナ) 口座名義人	
(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名押印してください。) 上記名義人口座への振込を承諾します。 世帯主氏名		
意 見 書 (医師の意見)		
傷病原因 <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	傷病名	発病(負傷)日 年 月 日
移送(及び付添い)を必要と認めた理由		
移 送 経 路	移 送 方 法	移 送 年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
(作成日) 年 月 日		
上記のとおり移送の必要を認めます。 診断日 年 月 日 住 所 氏 名 印		

費 用 額	給 付 割 合	支 払 額	照 合
円	割	円	