

# 国民健康保険移送費支給申請書

|                  |                    |                   |                   |      |
|------------------|--------------------|-------------------|-------------------|------|
| 被保険者<br>記号番号     | —                  | 区 分               | 一般・退職             |      |
| 移送された<br>被保険者の氏名 |                    | 男・女               | 世帯主との続柄           |      |
| 振 込 先            | 銀 行<br>信用金庫<br>農 協 | 本 店<br>支 店<br>( ) | 普 通<br>当 座<br>( ) | 口座番号 |
| 口座名義人(カナ)        |                    | 連 絡 先             | ( )               | —    |

(やむを得ず世帯主と口座名義人が違う場合にはこの欄に署名捺印をお願いいたします。)

上記名義人の口座への振り込みを承諾します。

年 月 日

世帯主氏名 \_\_\_\_\_ (印)

## 移送証明書 (医師の意見書)

|                |       |         |          |       |
|----------------|-------|---------|----------|-------|
| 被保険者<br>氏 名    |       | 生 年 月 日 | 昭和・平成・令和 | 年 月 日 |
| 住 所            |       |         |          |       |
| 移送年月日          | 年 月 日 | 移 送 費 用 | 円        |       |
| 移 送 先<br>医療機関名 |       |         |          |       |
| 移送を必要<br>とする理由 |       |         |          |       |

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関住所 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

上記のとおり移送に要した費用について、別添の関係書類を添えて申請します。

年 月 日

穴水町長 様

住 所 \_\_\_\_\_

世帯主 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

|       |  |       |     |
|-------|--|-------|-----|
| 申請者住所 |  | 申請者氏名 | (印) |
|-------|--|-------|-----|

