

# 国民健康保険移送費支給申請書

被保険者 記号番号			申請日	年月日	
移送を受けた被保険者	氏名			個人番号	
	生年 月日	年	月	日	世帯主 との続柄
傷病名及び その原因					
発症又は負傷の年月日	年月日		移送年月日	年月日	
移送の方法					
移送経路	※具体的に記入してください。 (Km)				
付添人のある場合は付添人の住所及び氏名	住所	電話番号			( )
	氏名	世帯主との続柄( )			
移送に要した費用の額	円				

振込先	名称	銀行・信用金庫・農協		本店・支店	
	口座番号		口座種別	普通・当座・( )	
	名義人(カナ)				
	名義人(漢字)				

上記のとおり、移送費の支給を申請し、請求します。

年月日

柏原市長

世帯主住所

氏名

印 電話番号

(注) 医師(歯科医師)の意見書及び移送に要した費用の額を証明する書類を添えてください。