

国民健康保険移送費支給申請書

年 月 日

(あて先) 茅ヶ崎市長

申請者

住所

(世帯主)

氏名

電話番号

個人番号

次のとおり移送に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

移送月 令和 年 月分

保険種別	1. 国	1. 本入	3. 六入	5. 家入	7. 高入一	9. 高入7	被保険者証 記号・番号	08-
	4. 退	2. 本外	4. 六外	6. 家外	8. 高外一	10. 高外7		
給付割合	7割 8割 9割 10割						(移送を受けた) 被保険者氏名	
保険者番号	140087						生年月日	3. 昭 4. 平 5. 令 年 月 日

付添人	氏名		傷病名	
	住所		発病年月日	令和 年 月 日
移送経路	から		移送年月日	令和 年 月 日
	まで		移送方法	
移送に要した費用	円		支給金額	円

※備考 移送に要した額の領収書を添付してください。(移送区間、距離が分かるもの)

移送を認めた理由、付添人を必要とした理由、移送経路、移送方法及び移送年月日についての医師の意見書を添付してください。

保険年金課 処理欄	受付者	收受印
	入力	