

- ☐ 国民健康保険移送費支給申請書
- ☐ 国民健康保険(臓器等の移送費)支給申請書

年 月 日

(あて先)茅ヶ崎市長

申請者  
(世帯主)

住所

氏名

電話番号

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 2. 本外	1. 本入 4. 六外	3. 六入 6. 家外	5. 家入 8. 高外一	7. 高入一 9. 高入7	記号・番号	08-
臓器等移送費 給付割合	7割 8割	移送費 ※給付割合なし		実費 ※備考参照		(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

※臓器等移送費の場合のみ自己負担割合を乗じて得た額を控除した額となります。(※備考参照)

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。  
最も経済的な経路及び方法によって移送された場合の費用として算定し、実費が算定額よりも低い場合は実費を支給(全額支給されない場合があります。)

保険年金課 処理欄	受付者	収受印
	入力	

# 請 求 書

(あて先) 茅ヶ崎市長

住所 (所在地)

下 記 金 額 を 請 求 し ます。

請 求 金 額									

氏名 (名称)

印

項 目 ・ 品 名	数 量	単 価	金 額
移送費			
合 計			

※ ゆうちょ銀行に振込みを指定する場合は、ゆうちょ銀行で新たに振込みを受けるための口座番号等を通帳に記載してもらい、その店番、預金種目、口座番号を「ゆうちょ銀行欄」に記入してください。

口 座 振 替 支 払 依 頼 書									
口座名義人(ゆうちょ銀行へ振込みの方も記入してください。) (カタカナ)									
金 融 機 関 欄									
金融機関名					支店名				
金融機関コード		支店コード		預金科目			口座番号		
				1 普通      2 当座      3 別段					