

記入の前にご確認ください。

国民健康保険移送費支給申請書、請求書の黄色で網掛けした部分に必要事項を記入、押印してください。

申請者は世帯主となります。振込先口座は世帯主名義の口座を指定してください。

申請書の印鑑は、スタンプ式の印鑑ではないものを使用してください。

記入した文字を訂正する場合は、二重線で消して請求書と同じ印鑑を押してください。

郵送時に同封いただくもの

- ・国民健康保険移送費支給申請書
- ・請求書
- ・移送を必要とする医師の意見書
- ・移送にかかった費用の領収書(移送区間、距離のわかるもの)

郵送で提出していただいた場合、添付資料の不足や記載不備等の際、再提出を求める場合がありますので、ご了承ください。

【申請書類送付先】

点線に切り取り、封筒に貼り付けてご利用ください。

〒253-8686

茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号

茅ヶ崎市保険年金課
給付担当 行

どちらかへチェック
してください。

- 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 茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号

記入日と世帯主の住所、氏名、
電話番号を御記入ください。

氏名 茅ヶ崎 太郎

電話番号 0467-82-1111

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

移送を受けた方の氏名、
生年月日を御記入ください。

※記号・番号が不明な場合は未記入のままご提出ください。

保険種別	1. 国 1. 本外 2. 本外 4. 六外 6. 家外 8. 高外 10. 高外	記号・番号	08-1234567
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	(療養を受けた) 被保険者氏名 茅ヶ崎 花子
保険者番号	140087	生年月日	③昭 4. 平 5. 令 30年1月1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	收受印
	入力	

請求書

(あて先)

下記

世帯主の住所、氏名を記入してください。

スタンプ印ではない印鑑で押印してください。

住所 (所在地)

茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号

氏名 (名称)

茅ヶ崎 太郎

茅ヶ崎

項目・品名	数量	単価	金額
移送費			
合計			

※ ゆうちょ銀行
世帯主名義の振込先口座情報
記載しても

うちよ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
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				
横浜銀行					茅ヶ崎支店				
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	9	8	7	6	5	4	3