

# 国民健康保険移送費支給申請書

平成 年 月 日

(あて先)岡 崎 市 長

(世帯主)住 所 岡崎市.....

氏 名.....  
(電話 局 番)

次のとおり国民健康保険移送費を支給してください。

被保険者証記号番号		-		
移送を受けた 被保険者名	氏 名		生年月日	S・H 年 月 日
	資格種別	1 一般	性 別	男 ・ 女
		2 退職者本人 3 退職被扶養者	世帯主との続柄	
移 送 年 月 日		平成 年 月 日		
移送に要した費用の額		円		
移 送 経 路				
付添いを要した場合の 付添人の住所及び氏名		住 所		
		氏 名		
傷 病 名				
傷 病 の 原 因				
発病又は負傷の年月日				
振込先(世帯主の口座)		銀 行 信用金庫 農業協同組合	店	口座種別
				1 普通 2 当座
金 融 機 関 コ ー ド		口 座 番 号	フリガナ	
			口座名義	
				受付番号

(添付書類)

- 1 移送を必要と認めた理由(付添いがあったときは、併せてその付添いを必要と認めた理由)、移送経路、移送方法及び移送年月日を記載した医師又は歯科医師の意見書
- 2 領収書又はこれに類する書類

市 処	支給決定額		円
理 欄	控除額		円
	差引支給額 -		円
10割			

支給決定をしてよろしいでしょうか。

起案年月日		課長	班長	主任主査	係
決裁年月日					
施行年月日					

受 付 印

受付	入力	決定
----	----	----