

# 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 十王町2丁目9番地

氏名 十王 太郎

(電話 局 番)

訂正印

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		0 1 2 3 - 4 5 6 7			
移送を受けた 被保険者名	氏 名	十王 花子		生 年 月 日	⑤・H 年 月 日
	資 格 別 種 別	1 一 般 2 退 職 者 本 人 ③ 退 職 被 扶 養 者		性 別	男 ・ ④女
				世帯主との続柄	妻
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					
移 送 方 法					
付添いを要した 場合の付添人の 住所及び氏名	住 所	岡崎市 町字 番地			
	氏 名	十王 太郎			
傷 病 名					
傷 病 の 原 因					
発病又は負傷の年月日		平成 年 月 日			
振込先(世帯主の口座)		銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合		支 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	ジュウオウ タ ロウ
		0 8 8 8 8 8 8		口座名義	十王 太郎

左づめ

(添付書類)

- 1 移送費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

受 付 印

市 処 理 欄	0 世帯番号										
	個人番号										
	支給決定額	円									
	控除額	円									
	差引支給額	円									

起案年月日		課 長	班 長	主任主査	係
決裁年月日					
施行年月日					