様式第16号(第20条関係)

国民健康保険移送費支給申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | 　 | 個人番号 | 　 |
| 移送を受けた者の氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 世帯主との続柄 | 　 |
| 被保険者区分 | 一般・退本・退扶・未就学・65歳以上・70歳以上(現役・一般・Ⅱ・Ⅰ) |
| 移送年月日 | 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 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 医師の意見欄 | 傷病名 | 　 |
| 傷病の原因 | 　 |
| 発病又は負傷の年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 移送を必要と認めた理由(付添いの必要理由を含む。) | 　 |
| 　意見のとおり，移送の必要を認めます。年　　月　　日　医療機関　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　 |
| 振込口座 | 銀行　信金　　　　　　　　　　本店農協　信組　　　　　　　　　　支店 |
| 普通当座 | 口座番号 | 　 | フリガナ | 　 |
| 名義人 | 　 |
| 　上記のとおり，関係書類を添えて申請します。年　　月　　日　　大崎市長　様申請人　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(世帯主)　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　(　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |