

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者記号番号		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			
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。 医療機関 所在地 名称 _____ 医師の氏名 _____ (印)	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用します。 ※マイナポータルで公金受取口座の登録を済まされた方が利用できます。			
振込口座	銀行 信金 農協 信組	本店 支店	普通 口座 当座 番号
	フリガナ	左記口座名義人に支給額の受領を委任します。 世帯主氏名	
名義人			
上記のとおり、関係書類を添えて申請します。 大崎市長 様 申請人 住所 _____ (世帯主) 氏名 _____ 個人番号 _____ 電話 _____			
年 月 日			

保険者処理覧

被保険者区分	未就学・65歳以上・70歳以上(現役・一般・Ⅱ・Ⅰ)
--------	----------------------------