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。  年　　月　　日  医療機関　所在地  名称  医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | |
| □　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  当座 | 口座  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。  年　　月　　日  　大崎市長　様  申請人　　住所  (世帯主)　氏名  個人番号  電話 | | | | | | | | | | | | |

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) |

R6.4～