

国民健康保険移送費支給申請書

年 月 日

日進市長 あて

申請者(世帯主)住所 _____

氏名 _____ 印

個人番号 _____

電話 _____

下記のとおり申請します。なお、窓口に行けない場合は次の者に申請書の届出を委任します。

受任者(届出人)住所 _____

氏名 _____

電話 _____

委任者(世帯主)からみた続柄 _____

被保険者証記号番号		個人番号		
移送を受けた被保険者氏名		生年 月 日	世帯主との続柄	
区分		一般・退職 (本人・被扶養者)		
傷病名		発病又は負傷の年 月 日	年 月 日	
その原因				
医師又は歯科医師の意見	移送年月日	年 月 日		
	移送方法			
	移送経路			
	付添人	住所		
		氏名		
	移送を必要と認めた理由			
	移送に要した費用	円		
上記のとおり認めます。年 月 日 医師又は歯科医師住所 _____ 氏名 _____ 印				
振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協	支店 出張所		
預金種別	1. 普通預金		2. 当座預金	
口座番号				
(フリガナ)				
口座名義人氏名				

※ 世帯主(届出人が届け出る場合は届出人)の本人確認書類を持参してください。また、世帯主以外の口座に振り込みを希望し、かつ、世帯主以外の方が届け出る場合は、世帯主の本人確認書類も持参してください。