

国民健康保険移送費支給申請書

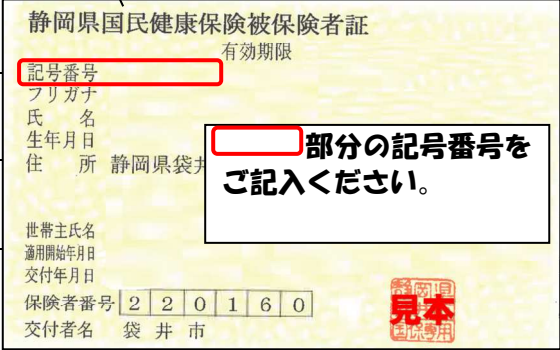
年 月 日

(提出先) 袋井市長

の箇所を
ご記入・押印ください。

世帯主 住 所
氏 名
個人番号

世帯主のマイナンバー
をご記入ください。

移送を受けた 被保険者名	氏 名 生年月日 個人番号	昭・平・令 年 月 日
世帯主から見た 移送を受けた方との 関係をご記入ください。	世帯主と の続柄	移送を受けた方のマイナンバーをご記入 ください。
被保険者証の 記号番号		
被保険者住所		
傷病名		
発病又は 負傷年月日	年 月 日	
発病又は 負傷の原因		
療養を受けた 病院、診療所	名 称 所在地	 <p>静岡県国民健康保険被保険者証 有効期限 記号番号 フリガナ 氏 名 生年月日 住 所 静岡県袋井市 世帯主氏名 適用開始年月日 交付年月日 保険者番号 2 2 0 1 6 0 交付者名 袋井市</p> <p>部分の記号番号 をご記入ください。</p>
移送経路及び 移送方法		
移送年月日	年 月 日	
付添人の住所 及び氏名	住 所 氏 名	医師や看護師が移送に付き添った場合は、 病院などの所在地・その方の氏名をご記入ください。
移送に要した 費用額	円	第三者行為の有無 有 ・ 無

注 次の書類を添付してください。

- 1 医師又は歯科医師の意見書
- 2 移送に要した費用の領収書

移送を受けた理由が、交通事故などの相手方がいる
行為が原因であれば有に○を、そうでなければ無に
○を付けてください。