

国民健康保険移送費支給申請書

年 月 日

(提出先) 袋 井 市 長

世帯主 住 所
氏 名
個人番号

移送を受けた 被 保 険 者 名	氏 名			
	生年月日 個人番号	昭和・令和 年 月 日		
	世 帯 主 と の続柄			
被保険者 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			
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			
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