

国民健康保険移送費支給申請書(令和 年 月 日) 記入見本

区分	<input checked="" type="checkbox"/> 一般 退職本人 退職家族											
記号番号	20	〇〇	〇〇〇〇	生年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日							
移送を受ける または受けた 被保険者	フリガナ	ネリマ ハナコ										
	氏名	練馬 花子										
	個人番号											
交通事故・傷害・労災による受診の場合はチェックしてください。 交通事故 第三者による傷害 労災												
移送前の医療機関(自宅を含む)			移送先の医療機関									
名称	〇〇病院		名称	病院								
所在地	〇〇区〇〇町1-2-3		所在地	区 町4-5-6								
入院日	年	月	日	入院(移送)日	年 月 日							
転院日	年	月	日	費用額	円							
交通手段												
付添人の氏名 および住所	氏名			住所								
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 移送を必要とする意見書 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書											
世帯主の 振込口座	該当する にチェック を入れてください		公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入は不要です) マイナンバーカード(両面)の写しを同封してください。									
			振込口座を指定する(以下の口座情報をご記入ください)									
	振込口座記入欄への記入とチェックが重複していた場合、振込口座記入欄に記入された口座に入金します。											
	銀行・信用金庫 〇〇〇		信用組合・農協 〇〇〇		支店 出張所							
	銀行コード	〇	〇	〇	〇	支店コード	〇	〇	〇			
	口座名義 (カタカナで)	ネリマ タロウ		口座番号	預金種別 普通		0	1	2	3	4	5
上記のとおり国民健康保険移送費として移送に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 なお、支給決定後、下記の支給金額を請求しますので、世帯主口座にお振り込みください。												
年 月 日 住所 練馬区豊玉北6-12-1 世帯主 氏名 練馬 太郎												
世帯主個人番号												
電話番号 03 (3993) 1111 練馬区長殿												
資格取得年月日	年	月	日	受付者名								
審査決定金額				支給決定金額								

・世帯主氏名を署名して下さい。
 ・ゴム印や印字による記名の場合は押印も必要となります。(シャチハタ不可)

日中の連絡先を記入して下さい。

(注意事項) 申請の際は、医師または歯科医師記入の移送を必要とする意見書、利用した交通機関の領収書の提出が必要です。