

国民健康保険移送費支給申請書( 年 月 移送分 )

区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職家族		
記号番号	-	-	生年月日 年 月 日
移送を受ける または受けた者 被保険者	フリガナ		
	氏名		
	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。 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 第三者による傷害 <input type="checkbox"/> 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		名称	
所在地		所在地	
入院日	令和 年 月 日	入院(移送)日	令和 年 月 日
転院日	令和 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 type="checkbox"/> 移送を必要とする意見書 <input type="checkbox"/> 領収書		
世帯主の 振込口座	銀行・信用金庫 信用組合・農協		支店 店 出張所
	銀行コード		支店コード
	<input type="checkbox"/> 座名義 (カタカナで)		<input type="checkbox"/> 口座番号 預金種別 普通
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。			
令和 年 月 日			
住所 _____			
世帯主 氏名 _____			
世帯主個人番号 _____			
電話番号 ( ) _____			
練馬区長 殿			
資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	受付者	
来庁者本人確認	主 他( )	マイナンバーカード 免許証 保険証 聴聞 他( )	
審査決定金額		支給決定金額	

(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。