

国民健康保険移送費支給申請書

資格確認書等の 記号・番号		島 4 2																											
移送を受けた 被保険者の氏名・ 生年月日・個人 番号		氏 名																											
		生年月日																											
		個人番号																											
傷病名及び原因								発病又は 負傷年月日		年 月 日																			
移送に要した 費用の額																円													
付添人の氏名 及び住所		氏名																											
		住所																											
医 師 ・ 歯 科 医 師 の 意 見	移送方法							移送年月日		年 月 日																			
	移送経路	～ ～																											
	移送を必要と認めた理由及び付添いがあったときは、その付添いを必要と認めた理由																												
	医療機関	名称																											
		所在地																											
年 月 日																													
医 師 名 印																													
上記のとおり移送に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 世帯主 住所 氏名 印 個人番号 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 電話番号 北 塩 原 村 長																													