様式第３（第４条関係）

国民健康保険移送費支給申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 資格確認書等被保険者証の記号・番号 | 島４２ |
| 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 |
| 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

個人番号電話番号北 塩 原 村 長 |