

国民健康保険移送費支給申請書

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------|-----|------|
| 被保険者 記号番号 | 深 | 移送を受けた 被保険者氏名 (個人番号) | () | |
| | | 生 年 月 日 | 年 | 月 日生 |
| 傷 病 名 | | 移 送 年 月 日 | 年 | 月 日 |
| 傷病発生年月日 | 年 月 日 | 移送を受けた日数 | | 日 |
| 移 送 経 路 | | 移送に要した費用 | 円 | |
| 移 送 方 法 | | | | |
| 支払いを希望する | 金融機関名 | 銀行 信金 本店 本所 信組 農協 支店 支所 | | |
| 金融機関・口座番号等 | 口 座 番 号 | (フリガナ) 名 義 人 | | |
| 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 深川市 氏 名 (個人番号) 電話番号 () - 深川市長 様 | | | | |
| 上記申請により支給される金額の受領を 住 所 氏 名 に委任します。 年 月 日 世帯主 住 所 深川市 氏 名 電話番号 () - | | | | |

※支給決定欄

| | | | |
|-------|-------------|---------------|-----------|
| 費 用 額 | 保 険 者 負 担 額 | 被 保 険 者 負 担 額 | 公 費 負 担 額 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |