

# 国民健康保険移送費支給申請書

受付日 決定日	年	月	日		保 険 者 名	平 群 町							
保険者番号		2	9	0	5	4							
被保険者番号													
移送年月日	年 月 日			移送を受けた人の氏名									
発病又は負傷年月日	年 月 日			生 年 月 日									
保 険 制 度	1. 一般			区 分 1. 本人入院 2. 本人外来 3. 6歳未満入院 4. 6歳未満外来 5. 家族入院 6. 家族外来 7. 高齢8(9)割入院 8. 高齢8(9)割外来 9. 高齢7割入院 10. 高齢7割外来									
所 得 区 分	1. 低Ⅰ 2. 低Ⅱ 3. 3月超												
第 三 者 等 の 有 無				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他									
移 送 経 路													
移 送 方 法													
付 添 人 の 氏 名 及 び 住 所 等	氏名			住所等									
傷 病 名													
医 療 機 関 コー ド													
移 送 さ れ た 医 療 機 関 等 の 所 在 地													
移 送 さ れ た 医 療 機 関 名 又 は 施 術 師													
発病又は負傷の理由													
添 付 書 類 等	・移送に関する医師の意見書 ・移送に関する費用のわかる領収書 ・その他			移送に要した費用額								円	
				審査認定額									円
				一部負担金									円
				支給金額									円

振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する <span style="float: right;">* 下記口座情報の記入不要。</span> ・振込先に公金受取口座を指定している場合、支給申請後に公金受取口座を変更・登録抹消すると、変更前口座に支給することがあります。 ・公金受取口座を登録していない場合は、マイナーポータルから簡単に登録いただけます。										
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する <span style="float: right;">* 下記口座情報の記入をして下さい。</span>										
	金融機関名				銀 行				本 店		
				信用金庫				支 店			
				信用組合				出張所			
				農 協							
預金種別	1. 普通 2. 当座			口座番号							
	3. その他			口座名義人 (カタカナで記入)							

上記のとおり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。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

世帯主 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

個人番号 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

平 群 町 長 様

役 場  
記 入 欄

移送を受けた人	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	世帯主	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
	<input type="checkbox"/> 通知カード		<input type="checkbox"/> 通知カード
	<input type="checkbox"/> 住民票		<input type="checkbox"/> 住民票