

# 国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証 記号番号	05-	移送を受けた被 保険者の氏名生 年月日	----- 年 月 日生
傷病名		個人番号	
発病負傷 年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日～ 年 月 日 まで 日間

療養を受けた病院、診療所、薬局 の名称及び所在地	
療養に従事した医師・歯科医師等 の氏名	
発病又は負傷の理由	1：私傷病（疾病・自損事故等）      2：第三者行為（交通事故等）

療養の給 付を受け る事がで きなかつ た理由	発病の 原因		療養に 要した 費用	円
	発病の 経過			
	療養の 内容		支給決 定金額	円
※記入の必要はありません				

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

住 所 \_\_\_\_\_

世帯主 氏 名 \_\_\_\_\_

大田市長 様

個人番号 \_\_\_\_\_

支 払 金 振 込 口 座	この支払金は下記指定の預金口座へ振り込み願います。		
	( 銀行 ) ( 信用金庫 ) ( 農 協 )	( 本店 ) ( 支 店 ) ( 支 所 )	( 代理店 ) ( 出張所 )
	( 普通預金 ) ( 当座預金 )	(フリガナ) 口座番号 _____	口座名義人 _____