

国民健康保険移送費支給申請書

年 月 日

高島町長 高梨 忠博 殿

住 所
世帯主 個人番号
氏 名

被保険者証 記号番号		氏 名		
		生年月日		
		個人番号		
	世帯主との続柄		退職者	本人・被扶養
被保険者の住所				
傷 病 名		発病又は 負傷年月日	年 月 日	
発病又は負傷の原因				
療養を受けた 病院、診療所	名 称 所在地			
移 送 経 路	から まで	移送距離	km	
移 送 年 月 日	年 月 日	移 送 先		
移送方法及び回数				
医師が必要と 判断した付添人	住 所 氏 名			
移送に要した費用額	円			

1 口座振込 2 現金			
金融機関	本店・支店	口座番号	口座名義
	

注) 次の書類を添付すること。

- 1 医師又は歯科医師の意見書
- 2 移送に要した費用の領収書