

第4号様式

国民健康保険移送費支給申請書

双葉町長 様

令和 年 月 日

移送費に要した費用を下記のとおり申請します。

世帯主 住所 双葉町大字

氏名 ㊟

(電話)

被保険者証の記号番号	島84	世帯主の個人番号			
		移送対象者の個人番号			
移送を受けた被保険者の氏名 生年月日・性別	氏名	性別	男 女	世帯主との続柄	
傷病名及び原因			移送に要した費用の額		
発病又は負傷年月日	年 月 日				
医師・歯科医師の意見	移送方法回数			移送年月日	年 月 日
	移送区間	～			
	移送を必要と認めた理由(付添いがあったときは、併せて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 ㊟
振込先	金融機関名	フリガナ		支店名	
	口座番号			種別	1 普通 2 当座
	口座名義人			世帯主との関係	
(世帯主と口座名義人が違う場合は、ご記入ください。)					
上記口座への振込を承諾します。					
世帯主氏名					㊟