

# 国民健康保険移送費支給申請書

年 月 日

(宛先) 厚木市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 (世帯主) 氏 名 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

下記移送費を指定口座に振り込まれるよう申請します。

被保険者証記号番号・枝番		13- (枝番)	
氏名 (移送を受けた被保険者)		個人番号	
生 年 月 日		年 月 日 続 柄	
移送に要した費用 (領収書添付)		円 付添人の住所・氏名	
振込先 (世帯主名義)	振込先 金融機関	銀行・組合 本店・支店 金庫・農協 本所・支所	種類 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	コード	店番	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		
委任状	上記名義人口座への振込を承諾します。 <p style="text-align: right;">世帯主氏名 ㊟</p>		

意見書 (医師の意見)		
傷病原因 <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	傷病名	発病 (負傷) 日 年 月 日
移送 (及び付添い) を必要と認めた理由		
移送経路	移送方法	移送年月日 年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
(作成日) 年 月 日		
上記のとおり移送の必要を認めます。 診断日 年 月 日 <p style="text-align: right;">住 所 氏 名 ㊟</p>		

\* 国保年金課処理欄 \*

費用額	給付割合	支払額	備考
円	割	円	