

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者 記号番号									
療養を受けた 被保険者								個人番号	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				世帯主との続柄				
疾病名及び原因					発病又は 負傷年月日			年 月 日	
移送年月日	令和 年 月 日				移送方法				
移送経路									
付添人の氏名及び 住所等	氏名					住所等			
移送に要した費用額						第三者行為の 事実の有無		有 ・ 無	

※付添人とは医師や看護師のことで、家族が付き添っても付添人とはなりません。

上記のとおり療養費の支給について、療養費に要した費用等の証拠書類を添えて申請します。

四日市市長

(〳 —) 令和 年 月 日

住 所 四日市市

世帯主 氏 名 _____

電 話 _____

振込先口座	金融機関	銀行・農協 信金・信組							本店 支店・支所
	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座						名義人 カタカナ	(カタカナでご記入下さい)

※ 医師又は歯科医師の意見書及び移送に要した費用の額を証する書類を添付してください。

支払年月	年 月	査定金額		円	支給金額		円	滞納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------	-----	------	--	---	------	--	---	---