

国民健康保険移送費支給申請書

京丹後市長 様

申請者 (世帯主)	住所	京丹後市	申請日	令和	年	月	日
	氏名	Ⓜ	電話番号				
			個人番号				

被保険者 記号・番号	丹 ー			
被保険者	氏名		性別	男 ・ 女
	個人番号		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
傷病名		発病・負傷日	平成・令和 年 月 日	
傷病の原因		移送日	平成・令和 年 月 日	
移送方法		移送費用		円
移送経路	から（ 経由） まで			
移送を必要とする理由				

支払場所の 指定	振込先金融機関名		預金種別
	銀行 信用金庫 農 協 ( )		本店 支店 普通 当座
	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	

申請者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に領収を委任したものとみなします。

※ 以下の欄には記入しないでください。

資格 確認	取得	昭和・平成・令和 年 月 日	支給算定	別紙のとおり	
	喪失	昭和・平成・令和 年 月 日	国保税滞納	満期証 ・ 短期証	
一般	課税区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	支給 有無	支給する	支給決定額 円
退職	(70歳以上)	現Ⅲ ・ 現Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 一般 ・ 低Ⅱ ・ 低Ⅰ		支給しない	理由 ( )
備考					

支給申請受付入力 (NewTRY-X II)

移送を必要とする意見書（医師記入欄）

患者の氏名等		性別	男 ・ 女
移送日	令和 年 月 日	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
傷病名			
移送を必要とする理由			
移送方法			
移送の経路	から（ 経由） まで		
付き添いの可否	可 ・ 否	付き添いを必要と認めた理由	
<p>上記の理由で移送の必要を認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師氏名 _____ ⑩</p>			