

国民健康保険移送費支給申請(記載例)

京丹後市長 様

[illegible]

被 保 険 者 記号及び番号		丹 1 2 3 - 4 5 6 7 8 9												
被保険者	氏名	京丹後 花子										性 別	男 ・ 女	
	個人 番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生年月日
傷病名		右被殻出血										発病・負傷日	平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
傷病の原因		高血圧										移送日	平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
移送方法		○○病院 救急車										移送費用	○○○○○ 円	
移送経路		京丹後市 から（ 経由） ○○○市 まで												
移送を必要とする理由		脳外科が当院に無い為、緊急搬送する必要があった。												

受取 口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する。										
1：現金 ② 振込	振込先	コード	名称	フリガナ	キョウタンゴ ハナコ						
	金融機関	158	京都 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	口座名義人	京丹後 花子						
	支店	361	峰山	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座種別	③ 普通・当座・その他（ ）									

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

○年 ○月 ○日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名（申請者） 京丹後 一郎

代理人住所	京丹後市峰山町杉谷889番地		
代理人氏名	京丹後 花子	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

※ 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	支給 有無	支給する	支給決定額	円
一般	課税区分	ア・イ・ウ・エ・オ					支給しない	理由	
退職	(70歳以上)	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ							
備考									

☐ 支給申請受付入力 (TRY-X4)

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		
上記の理由で移送の必要を認めます。				
令和 年 月 日				
医 療 機 関 名 _____				
医 師 氏 名 _____				