

様式第18号（第19条関係）

國民健康保險移送費支給申請(記載例)

京丹後市長 様

被保険者 記号及び番号		丹 123 - 456789															
被保険者	氏名	京丹後 花子											性別	男	・	<input checked="" type="radio"/> 女	
	個人番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	生年月日	昭和・平成・令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日		
傷病名		右被殼出血											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 口座名義人	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		京丹後 花子		
	支店	361	峰山				
	口座種別	普通・当座・その他 ()			口座番号	1	2

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 00000000000000

※ 以下の欄には記入しないでください。

次へ 以下の方欄に記入して下さい。						
資格 確認	取得	昭和・平成・令和	年	月	日	
	喪失	昭和・平成・令和	年	月	日	
一般 退職	課税区分	ア・イ・ウ・エ・オ		支給 有無	支給する 理由 支給しない	
	(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		
<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 _____</p>				