

国民健康保険移送費支給申請書

京丹後市長 様

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

被保険者 記号・番号	丹 一					
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 _____</p>			