

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												
	氏名	電話番号												
		個人番号												

被保険者 記号及び番号		丹 一											
被保険者	氏名												
	個人番号												
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													

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 type="checkbox"/> 振込口座を指定する。												
	振込先	コード	名称	フリガナ									
1：現金	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	口座名義人									
2：振込		支店											
	口座種別	普通・当座・その他（ ）											
				口座番号									

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）

代理人住所										
代理人氏名	個人番号									

※ 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						

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>			