

国民健康保険移送費支給申請書

令和 年 月 日

六ヶ所村長 様

申請者
(世帯主) 住所
氏名 ⑩
個人番号

国民健康保険法施行規則第27条の11第1項の規定により、次のとおり申請します。

被保険者証の 記号・番号	六ヶ所一	移送を受けた 被保険者氏名	昭・平・令 年 月 日生	性別													
個人番号		一般・退職 被保険者等の別	一般 ・ 退職本人 ・ 退職扶養														
傷病名及び その原因																	
発症又は傷病 の年月日	年 月 日	移送に要した 費用の額			円												
振込先金融機関	口座番号		口座名義人														
銀行・労金・信金 農協・漁協・信組	普通 当座	No.	(フリガナ) 名義人														
本 ・ 支店																	
意見書 (医師の意見)																	
傷病者名	傷病名	発病(負傷)日 年 月 日															
移送を必要 と認めた理由																	
<table><thead><tr><th>経 路</th><th>移 送 方 法</th><th>移 送 年 月 日</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>年 月 日</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月 日</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月 日</td></tr></tbody></table>						経 路	移 送 方 法	移 送 年 月 日			年 月 日			年 月 日			年 月 日
経 路	移 送 方 法	移 送 年 月 日															
		年 月 日															
		年 月 日															
		年 月 日															
作成日 令和 年 月 日																	
上記のとおり移送の必要を認めます。																	
令和 年 月 日 診断																	
医療機関の所在地																	
医療機関名																	
医師又は歯科医師名 ⑩																	

国民健康保険移送費支給申請書

令和 年 月 日

六ヶ所村長 様

住 所 六ヶ所村大字尾駸字野附498

申請者
(世帯主)

氏 名 六ヶ所 太郎 ⑩

個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇

国民健康保険法施行規則第27条の11第1項の規定により、次のとおり申請します。

被保険者証の 記号・番号	六ヶ所一〇〇〇〇〇	移送を受けた 被保険者氏名	六ヶ所 太郎		性別	男											
個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇	一般・退職 被保険者等の別	昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日生			一般 ・ 退職本人 ・ 退職扶養											
傷病名及び その原因	脳腫瘍等																
発症又は傷病 の年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	移送に要した 費用の額	円														
振込先金融機関	口座番号		口座名義人														
銀行・労金・信金 農協・漁協・信組	普通 当座	(フリガナ)		名義人													
本 ・ 支店	No.																
意見書 (医師の意見)																	
傷病者名	傷病名	発病(負傷)日 年 月 日															
移送を必要 と認めた理由																	
<table><thead><tr><th>経 路</th><th>移 送 方 法</th><th>移 送 年 月 日</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>年 月 日</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月 日</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月 日</td></tr></tbody></table>						経 路	移 送 方 法	移 送 年 月 日			年 月 日			年 月 日			年 月 日
経 路	移 送 方 法	移 送 年 月 日															
		年 月 日															
		年 月 日															
		年 月 日															
作成日 令和 年 月 日																	
上記のとおり移送の必要を認めます。																	
令和 年 月 日 診断																	
医療機関の所在地																	
医療機関名																	
医師又は歯科医師名 ⑩																	