

国民健康保険移送費支給申請書

世帯主氏名		被保険者証 記号番号	
療養を受けた 被保険者		生年月日	年 月 日
			性別 男・女
医師 また は 歯科 医師 証 明 欄	傷病名	発病年月日 平成 年 月 日	
	移送年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	移送を必要とする理由		
	医師または歯科医の住所および氏名		平成 年 月 日
		住 所	
		氏 名	印
移送の期間・区間 および内容	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
移送に要した費用	円	特記事項	
事前に申請する 事ができなかった理由			
口座番号	銀行	支店	普通・当座 No.
上記のとおり移送に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。			
世帯主 住所		北松浦郡佐々町	平成 年 月 日
氏名		免 番地	印
佐々町長 様			

(注) ※ 実際に移送に要した領収書等を添付する事。