# 国民健康保険　移送費支給申請書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 記号 | | 番号 | | □ 高齢８割　□ 高齢７割<br>□ 前高７割（65～69歳）<br>□ 65歳未満　□ 未就学児 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 移送を受けた被保険者 | 氏名 | | 生年月日 | 年　月　日 | 男・女 | |
| | 個人番号 | | 一般・退本・退扶 | 世帯主との続柄 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 傷病名 | | （付添人） | 住所 | |
| 発病負傷の原因 | | | 氏名 | |
| 発病負傷年月日 | 年　月　日 | 移送に要した費用 | | 円 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 交通事故等の第三者行為　（　有　・　無　） | | | 移送年月日 | 年　月　日から<br>年　月　日まで |
| 医師・歯科医師の意見 | 移送方法 | | | |
| | 移送の経路（区間） | | | |
| | 移送を必要と認めた理由 | （付添人があるときは、併せて付添を必要と認めた理由） | | |
| | 医療機関 | 所在地 | | |
| | | 名称 | TEL　（　） | |
| | 医師の記名及び押印等 | 上記のとおり、移送を必要と認めこれを証する。<br>年　月　日<br>保険医　氏名　㊞ | | |

| | | |
|---|---|---|
| 支払方法 | 1　口座振込 | 銀行　支店　普・当　口座番号<br>金庫　支所<br>農協　口座名義人（世帯主） |
| | 2　現金 | 後日窓口で受け取り |

大川市長　殿

上記のとおり，証拠書類を添えて移送費の支給を申請します。

年　月　日

住　所　大川市大字

世帯主　氏　名

個人番号

電　話　（　）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 支給要件 | □適切な療養を受けた　□移動が著しく困難　□緊急やむを得ない | | | |
| 支給額の算定 | 最も経済的な通常の経路及び方法 | | | 円 |
| 決定伺 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
| 下記のとおり決定してよろしいか伺います。<br>年　月　日 | | | | |

| | |
|---|---|
| ・支給 | 支給金額：　円 |
| ・不支給 | 理由： |