

保 險 者 欄	決 裁 手 続 欄	課 長	課長補佐	係 長	係	申請年月日	
						決裁年月日	
		下記のとおり決定してよろしいか仰います。				支給年月日	
		支給申請書 整理番号	法制番号 一般 退職	保険者番号	療養費区分 移送費	特 定 疾 患	給付 割合
	75 67	090670	7			1 2	1

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証の 記号番号		療養を 受ける 被保険 者氏名		世帯主と の続柄			
退職被保険者等	1 退職被保険者 2 被扶養者		男・女 大・昭・平 年 月 日				
傷 病 名		発病または 負傷年月日	平 成 年 月 日				
傷病の原因							
移送経路							
移送方法							
付添いの有無	有 無	付添いがあった場合の 付添人の氏名・住所	氏 名 住 所				
移送年月日	平 成 年 月 日	移送費に要した費用		円			
移送に要した 費用の内訳	利用交通機関	利 用 区 間	左の金額（円）				
上記のとおり別紙証明書類を添えて申請します。							
平 成 年 月 日 世 帯 主 住 所 氏 名 印							
支 給 方 法	1. 現金 2. 口座振込	振 込 先	銀行 信金 信農	支店 支所	金 融 機 関 コ ー ド		
					種 別	口座番号	口座名義人
					1. 普通		
					2. 当座		

決 定 欄	戻戻理由	費用額		円	
		負 担 区 分	支給決定額	1	
			一部負担金	2	
			他 法 負担分	3	
		他法優先	4		
		国保優先	4		