

(表)  
国民健康保険移送費支給申請書

年 月 日

常滑市長 殿

世帯主	住 所	常滑市												
	氏 名													
	個人番号													
	電 話	— —												
申請者	住 所	<input type="checkbox"/> 世帯主に同じ												
	氏 名	<input type="checkbox"/> 世帯主に同じ 続柄 ( )												
	電 話	<input type="checkbox"/> 世帯主に同じ — —												

☐この申請において世帯主・被保険者の個人番号を常滑市が確認  
次のとおり申請します。 することに同意します。

被保険者証 番 号		福祉医療区分	年齢区分	
		無・子・障・母・精	未就学児 70歳以上一般	・ 若人 ・ 前期高齢者 ・ 70歳以上現役並み所得者
被保険者の氏名			生年月日	年 月 日
個 人 番 号				
傷 病 名			発 病 又 は 負 傷 の 日	年 月 日
傷 病 の 原 因				
移 送 経 路			移 送 方 法	
移 送 年 月 日	年 月 日		移 送 に 要 し た 費 用	円
付 添 い	有 ・ 無	付 添 人	住所	
			氏名	
振 込 口 座	金融機関名	銀行 ・ 農協 信金 ・ その他 本店 支店		
	口座番号	普通 ・ 当座		名義人 (カタカナ)

添付書類 移送に要した費用の領収書

申請者の本人確認書類 ☐マイナカード ☐免許証 ☐パスポート ☐その他 ( )

(裏)

移送を必要認めた理由（付添いがあったときは、併せてその付添いを必要と認めた理由）	
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
移送経路	
移送経路	
移送年月日	年 月 日
<p>上記の理由で移送を必要と認めました。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医師の氏名</p>	