

(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	□世帯主に同じ											
	氏 名	□世帯主に同じ											
	電 話	□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													続柄 ( )

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 ・ 70歳以上現役並み所得者 ・ 前期高齢者
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
	口座番号		普通・当座				名義人 (カタカナ)		支店

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）

移送経路	
移送経路	
移送年月日	年 月 日

上記の理由で移送を必要と認めました。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

医 师 の 氏 名