

常務理事	事務局長	事務長	業務係	会計・庶務係

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証記号・番号				
移送を受けた者 被保険者	氏名			性別
	生年月日	昭・平・令	年	月 日
個人番号				
傷病名				
傷病の原因				
発症又は負傷の年月日		令和	年	月 日
移送経路				
移送方法				
移送年月日		令和	年	月 日
付添いがあったときはその 付添人の氏名及び住所	氏名			
	住所			
移送に要した費用の額		円		
医師又は 歯科医師 の意見書	移送経路	移送を必要と認めた理由 (付添いあったときは、併せてその付添えを必要と認めた理由)		
	移送方法			
	移送年月日	令和	年	月 日
	診断年月日	令和	年	月 日
	医療機関名称			
	医療機関所在地			
	医師又は歯科医師名	印		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">組合員 住所 電話 氏名 個人番号</p> <p>宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>				
振込希望 銀行欄	銀行		口座番号	
	本店	支店	普通	No.
	口座名義		フリガナ	

(添付書類)

領収書又はこれに類する書類

令和 年 月 日支払済
