

常務理事		事務局長	課 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 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			
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 組合員 住 所 電 話 氏 名 個人番号 宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿					
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		