

国民健康保険移送費 承認 申請書
支給

被保険者証の記号番号	17 - -	移送を受ける又は受けた被保険者氏名		世帯主との続柄		
生年月日	年 月 日	個人番号				
医師等の記入欄	傷病名					
	発病又は負傷年月日	年 月 日				
	移送前の医療機関 入退院年月日	入院：	年 月 日			
		退院：	年 月 日			
	移送先 保険医療機関	所在地：				
		機関名：				
		移送年月日：	年 月 日			
移送区間	自宅：（			）	病院・診療所から	
	（			）	病院・診療所まで	
移送方法		費用（見積）額	¥			

意見欄のとおり移送の必要を認めます。

年 月 日

医師または歯科医師 住所

氏名

世帯主の振込口座	口座番号	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	種別 普通 当座
		フリガナ			
		口座名義人氏名			

上記のとおり申請します。

なお、支給決定後、支給決定金額を上記の口座に振り込んでください。

年 月 日

世帯主 住所 北区 丁目 番 号

氏名

個人番号

電話

東京都北区長殿

（注意事項）

- ①移送費は原則として、事前申請となっています。
- ②移送費の支給を申請するときは、領収書を提出していただきます。

移送を必要とする意見欄

自宅から移送を必要とする理由又は転医せざるを得ない理由

症状詳記欄

(医師への注意事項)

「自宅から移送を必要とする理由」又は「転医せざるを得ない理由」及び症状詳記欄については、できるだけ詳しく記入して下さい。