

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		記 号 17- 番 号		
移送を受ける又は 受けた被保険者	氏 名		男 ・ 女	
	生年月日 年 月 日 (世帯主との続柄)			
	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 院： 年 月 日	
	入 退 院 年 月 日		退 院： 年 月 日	
	移 送 先		所在地：	
	保 険 医 療 機 関		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 ①

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所 北区 丁目 番 号

氏 名 ①

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。

国民健康保険療養費請求書

(口座振替依頼書)

金額	百	十	万	千	百	十	円
----	---	---	---	---	---	---	---

ただし _____ に対する療養費として上記のとおり
(患者名)
請求します。

年 月 日

世帯主住所 北区 丁目 番 号
方・荘

世帯主氏名 印

口座振替依頼書		
振 替 口 座	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 出張所	
	口座番号	当座 どちらかに○を 普通 してください。
	フリガナ	
	名義	

東京都北区長殿