

No.

受付印

門真市国民健康保険移送費支給申請書

令和 年 月 日

門 真 市 長 様

下記の理由により、国民健康保険移送費の支給を申請します。

申請者 被保険者 (世帯主)	記号・番号	門国 —			
	住 所	門真市			
	氏 名				
	電話番号		個人番号		
移送を受けた 人	氏 名	男 ・ 女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	続 柄		医療付添人	あり ・ なし	
	現に入院中	名称:	所在地:		
申 請 額					
振 込 先	銀 行 名	銀行	支店	普通 ・ 当座 No.	
	名義	被保険者(世帯主)			
医 師 が 記 入 す る 欄 (意 見 書)	傷 病 名		発病または負傷の日	令和 年 月 日	
	発病または 負傷の原因				
	移送及び 医療付添人 を必要と 認めた理由				
	医療付添人の氏名		(所属医療機関名:)		
	移送の経路 及び方法	区間(→ → →)			
		方法(タクシー・ (往復 ・ 往 ・ 復) (距離 約 km)			
	移送年月日及び回数		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで (回)		
	上記理由により、移送が必要だったことを認めます。				
令和 年 月 日					
医療機関の所在地: _____					
医療機関の名称: _____ (電話番号 _____)					
担当医師氏名: _____					