健康こども課決裁欄				
課　長	課長補佐	班　長	課　員	担当者

本人確認		受付者
	□個人番号カード □免許証　□在留カード □旅券　　□障害者手帳 □保険証（健康・介護） □年金手帳　□その他	

国民健康保険 **移送費** 支給申請書

（あて先）南　部　町　長

下記のとおり移送費に要した費用の額を証する書類を添えて申請します。

令和　　年　　月　　日

申請人（世帯主）	氏　名	㊞	個人番号	
	住　所	〒　　電話番号　　-　　-		
窓口に来られた方	世帯主以外の方が窓口に来られた場合に記入			
	氏　名	㊞	続　柄	（世帯主の）
	住　所	〒　　電話番号　　-　　-		

移送を受けた被保険者	被保険者証記号・番号	南　・ 南　国保	資格区分	□一　般　□退職本人 □退職被扶養
	氏　名		生年月日	昭・平・令　年　月　日
	個人番号		世帯主との続柄	□本人 □（世帯主の）
	移送に要した費用	円　※領収書を添付してください。		
	付添いを要した場合の付添人	住　所		
		氏　名		

振込先	金融機関名	銀行・信金・信組・労金・農協 本店・支店・出張所	第三者行為の有無	・有（原因：　　） ・無
	口座区分	□　普通　□　当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義人	

※世帯主以外の口座に振込依頼をする方は次に記入してください。

委任欄	上記により支給される療養費の受領を次の者に委任します。 受任者（口座名義人）　住　所 氏　名　　続柄　世帯主の 連絡先（電話番号）　　－　　－	委任者（世帯主） ㊞

医師の意見欄	傷病名			
	発病・負傷年月日	平成・令和　年　月　日	傷病原因	□一般疾病　□第三者行為
	移送を必要と認めた理由（付添いの必要理由を含む）			
	移送年月日	平成・令和　年　月　日	移送方法	
	移送経路			
	上記のとおり、移送の必要を認めます。　令和　年　月　日 医療機関　所在地 名　称 医師の氏名　㊞			