

様式第14号 (第20条関係)

国民健康保険移送費支給申請書

一般・退本・退扶

被保険者証の記号番号		美深一			
移送を受けた被保険者名	氏名				
	生年月日	年	月	日	性別 男・女
	個人番号				
傷病名		発病又は負傷の年月日	年	月	日
傷病の原因	(具体的に)				
移送年月日 移送経路 移送方法	(具体的に)				
付添いの有無	有・無	有のときは付添い人の	氏名		
			住所		
移送に要した費用の内訳	利用交通機関	利用区間	左の金額 (円)		
		～			
		～			
		～			
支払方法	現金払	払込先金融機関	銀行・農協 信金 店		
	口座振込	口座番号	普通・当座		

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者 住所

(世帯主) 氏名

美 深 町 長 様

町処理欄	支給決定	支給額	内訳				
		円	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 運賃</li> <li>・ 付添い人交通費</li> </ul>				
	却下	(理由)					
決定年月日	年	月	日	支給年月日	年	月	日

※この申請書に添付しなければならない書類

- ①移送を必要とする意見書 ②移送に要した費用の額を証する書類 (領収書等)

## 移送を必要とする意見書

患者氏名		住所	
傷病名			
移送を必要と認めた理由			
付添いがあった場合、その付添いを必要と認めた理由			
(必要と認めた理由)			
(手当て等の内容)			
移送内容	経路		
	方法		
	年月日		

上記のとおり移送が必要であることを認めます。

年        月        日

保険医療機関の  
所在地及び名称  
保険医氏名

④