

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"> ・運賃 ・付添い人交通費 				
	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