

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者 記号・番号	十 和 田						整理番号 ※記入しないでください	
療養受給者	氏名					生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	
	個人番号					保険証の種類	一般被保険者 (9・8・7)	
	主との続柄						退職被保険者	
傷病名						退職被扶養者		
発病・負傷日	平成・令和 年 月 日				費用額			
傷病・負傷の原因						円		
移送年月日	平成・令和 年 月 日				支給額			
滞納 有・無	<input type="checkbox"/> 窓口受け取り					円		
疾病・負傷の原因 が第三者の行為によるもの	有・無	氏名						
		住所						
移送内容	方法・経路				距離	Km		
	付添	有・無	氏名					
	住所							
下記の金融機関及び口座番号に療養費の払渡しを希望します。								
振込先指定	銀行 農協		支店 本店		種別	普通 当座		
	信金 信組		出張所					
	店番	口座番号						
フリガナ	フリガナ							
口座名義人	氏名							

上記のとおり移送に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

十和田市長 殿

十和田市

世帯主 住所

氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_