

国民健康保険移送費支給申請書

被 保 険 者 等 記 号 番 号		移送を受けた被保険者 氏 名	年 月 日生
傷 病 名		個 人 番 号	
		移送年月日	年 月 日
発 病 ・ 負 傷 年 月 日	年 月 日		
発病・負傷の原因			
第三者行為の有無			
移 送 経 路	医療機関名 から 医療機関名		
	所 在 地 所 在 地 まで		
移 送 方 法			
付添人の氏名及び 住所	氏名	住所等	

※付添人とは医師や看護師のことです。(家族は付添人とはなりません。)

移送に要した費用額 (内訳の分かる領収書添付)	円
----------------------------	---

世 帯 主 振 込 希 望 の 金 融 機 関 名	銀 行 農 協	支 店 支 所	普 通 当 座	口 座 番 号	
				名 義 (姓)	
備 考					
上記のとおり療養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					
世帯主 住 所 周防大島町大字					
個人番号					
氏 名					
周防大島町長 様 電話番号					

委 任 状	私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	令和 年 月 日	支給申請した移送費の受領に関すること。
	世帯主	住所 周防大島町大字
		氏名
	代理人	住所
		氏名

医療機関記入用

移送を必要と認める医師の意見書

患者氏名	移送日
	年 月 日
昭・平・令 年 月 日生	診療開始日
	年 月 日
傷病名	移送方法
移送区間	
医療機関名 から 医療機関名	
所 在 地 所 在 地 まで	
診療所見及び必要と認める理由	傷病の経過・治療内容、緊急その他やむをえなかった事情について、記入ください。 また、付添人（医師・看護師）があった場合、必要と認めた理由も併記願います。
上記のとおり移送の必要を認めます。	
令和 年 月 日	
医療機関名	
所 在 地	
医 師 名	印