

処 理 欄	課 長	課長補佐	係 長	審 査	係 員	受 付	令和 年度
受付	・	・					支給決定額
発議	・	・					
決議	・	・					

この申請について、添付資料等に基づいて支給してよろしいでしょうか。

国民健康保険移送費支給申請書

移送を受けた被保険者	被保険者証 記号・番号			
	氏名		生年月日及び性別	昭・平・令 年 月 日 男・女
傷 病 名			傷病の原因	
発病又は負傷の年月日	平・令 年 月 日	移送年月日	平・令 年 月 日	
移送方法及び移送経路	----- ----- -----			
付添人について(付添人がいる場合)	氏 名			
	住 所			
移送に要した費用		円		
世帯主の振込先預金口座	銀行 組合 金庫		本店 普通 支店 出張所 当座	番
備 考 欄				
<p>上記のとおり申請します。 令和 年 月 日</p> <p>世帯主 住 所 長崎市 町 丁目 番地 番 号</p> <p style="margin-left: 100px;">フリガナ 氏 名 (電話番号 局)</p> <p>(あて先) 長崎市長</p>				

- (添付資料等)
- ・ 移送に要した額を証する領収書
 - ・ 国民健康保険被保険者証
 - ・ 移送を必要とする旨証する医師の証明書

移送を必要とする意見書

被保険者番号	ながさき	患者氏名	
移送を必要とする区間	～		
移送方法			
傷病名			
移送を必要とする理由			
<p>上記の理由で移送の必要を認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>保険医 住所</p> <p>フリガナ 氏名</p> <p>印 (電話番号 局)</p> <p>(あて先) 長崎市長</p>			

経路の証明(内訳書)

様

日付	年 月 日 ~ 年 月 日		保険適用	保険適用外
番号	交通費	行程	円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
合 計			円	円

以上の通りであることを証明します。

年 月 日

保険医 住所

ツガナ
氏名

印

(あて先) 長崎市長