

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 記号・番号				
	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日
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 支店 出張所	普通 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
 ・ 移送を必要とする旨証する医師の証明書