

国民健康保険移送費支給申請書

記号番号	浦国	個人番号	
移送を受けた被保険者の氏名		移送を受けた者の生年月日	昭・平・令 年 月 日

傷病名		傷病年月日	年 月 日
傷病の原因		第三者行為の事実	
第三者氏名		第三者住所	
付添人氏名		付添人住所	
移送年月日	年 月 日	移送経路	
移送方法		移送に要した費用の額	

振込口座情報（※世帯主義の口座を指定してください。）																										
金融機関	名称	銀行・農協 信金・（ ）				支店名	名称	支店・本店 出張所																		
	コード	※4桁の番号					コード	※3桁の番号																		
預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄				口座番号																					
名義人カナ氏名																										
振込口座がゆうちょ銀行の場合は、下記を記入してください。 ゆうちょ銀行 記号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 15px;"></td> <td style="width: 15px;"></td> <td style="width: 15px;"></td> <td style="width: 15px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 15px; text-align: center;">※</td> </tr> </table> 番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px;"></td> </tr> </table> ※6桁目がある場合に「※欄」に記入してください。 口座名義人カナ氏名 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 500px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 100%;"></td> </tr> </table>										1				0	※											
1				0	※																					
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。																										

浦添市長 殿 年 月 日

上記のとおり移送費の支給申請をします。

世帯主 住所

氏名

申請者 住所

氏名

個人番号

電話番号

電話番号

申請者の身分確認	添付書類
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 医師の意見書 <input type="checkbox"/> 移送に要した費用がわかる領収書等

① 移送に要した費用の合計
② 基準額
③ 支給決定金額

このとおり 支給 ・ 不支給 を決定してよいでしょうか。

支給年月日	決定年月日

決裁	課長	係長	担当