

保 険 者 欄	決裁 手続欄						申請年月日	. . .		
							決定年月日	. . .		
	支給申請書 整理番号	法制番号		保険者番号	移送	特定疾患	給付割合	一部負担金		資格
一般		退職	減					免	証明書	
		7 5	6 7	0 9 0 6 5 4	⑦		⑩	1	2	1

## 国民健康保険移送費支給申請書

被保険者の記号番号			退職被保険者			本人・被扶養者		
被保険者	氏 名				個人 番号			性別
	生年月日 昭・平・令 年 月 日							
世帯主	氏 名				被保険者 との続柄			
	住 所 壬生町							
傷病名及 び原因				発病又 は負傷 年月日	令和 年 月 日			
医師又は 歯科医師 の意見	移送区間				移送を必要と 認める理由又 は必要を認め た理由			
	移送方法及 び回数							
	移送年月日	令和 年 月 日			費用見積額	円		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 年  
世帯主 住所 壬生町  
氏 名  
個人番号  
電話 ( )

印

壬生町長 小菅 一弥 様

決 定 欄	費用額	円
	支払決定額 (保険者負担額)	円