

| | | | | | | | | | |
|------------------|---------------|------|-------------|-------|-------|------|------|-------|----|
| 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 |
| | 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 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 | 平成 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 | 平成 年 月 日 | 費用見積額 | 円 | | |

上記のとおり申請します。

平成 年 月 年
世帯主 住所 壬生町

氏 名 印
個人番号
電話 ()

壬 生 町 長 様

| | | |
|-------------|-------------------|---|
| 決 定 欄 | 費用額 | 円 |
| | 支払決定額 (保険者負担額) | 円 |