

# 国民健康保険移送費支給申請書 兼 請求書

被保険者証記号番号	
被保険者氏名	男・女
被保険者の生年月日	年 月 日

医師 又は 歯科 医師 の 意見	傷病名及び原因	
	発病または負傷年月日	年 月 日
	移送区	
	移送方法及び回数	
	移送を認める理由	
	費用見積額	
令和 年 月 日		医師又は歯科 医師の氏名 印

※ シャチハタ等の浸透印は不可

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請(請求)者 (世帯主) 住所 熱海市

氏名 印

電話 ( )

熱海市長 あて

振込先金融機関		銀行		支店																
金融機関・支店コード	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>											-	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>							フリガナ
口座番号	普通・当座	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>											名義人							

受付者

支給決定額

円